

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE 308

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juillet 1901, à 1 heure

Par

PAUL DELARUE

Né à Sains-Morainviller (Oise)

DE LA

STASO-BASOPHOBIE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. PINARD, professeur.
LEPAGE et DUPRE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine 15

1901

508

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juillet 1901, à 1 heure

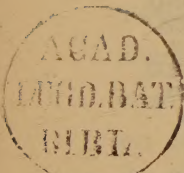
Par

PAUL DELARUE

Né à Sains-Morainviller (Oise)

DE LA

STASO-BASOPHOBIE



Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. PINARD, professeur.
LEPAGE et DUPRE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Operations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLIAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
Clinique gynécologique.	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (André)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARRIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA

STASO - BASOPHOBIE

INTRODUCTION

Un malade est couché dans son lit ou assis dans son fauteuil. Il ne ressent aucune douleur et il n'a point d'anesthésie. Ses réflexes sont normaux et il n'a point de contractures. L'examen le plus minutieux ne révèle aucune lésion organique appréciable. La force musculaire est conservée, la coordination parfaite et, au lit, le malade peut exécuter, avec les membres inférieurs, tous les mouvements commandés. Mais si on lui demande de se tenir debout et de marcher, il répond aussitôt qu'il ne le peut pas. Si on insiste et si on l'y oblige, il manifeste la plus vive frayeur. Il s'affaîsserait si on ne le soutenait et l'angoisse est même parfois si grande que le malade tombe en défaillance. Tel se présente, dans les cas les plus caractéristiques, le sujet atteint de staso-basophobie.

Mais cette phobie ne se montre pas toujours aussi nette et aussi complète. Entre cette impotence absolue pour la station et la marche et certaines hésitations, certains arrêts momentanés, il y a tous les degrés. De plus, si parfois, dans notre syndrome, il n'existe aucune lésion organique appréciable, parfois aussi il existe en même temps des lésions qui sont la cause occasionnelle de la phobie, mais ne l'engendrent pas toujours et nécessairement. De telle sorte que nous devons définir la stasobasophobie : *un syndrome consistant dans une paralysie fonctionnelle systématique de la station et de la marche, engendré par l'idée émotive de l'impossibilité de cette double fonction, existant à des degrés divers, et accompagné parfois d'une lésion organique de l'appareil locomoteur.*

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les troubles musculaires paralytiques, plus ou moins généralisés et transitoires, survenant sous l'influence d'un choc émotionnel quelconque, ont été connus de tout temps. Nous avons tous présent à l'esprit ce vers du poète :

Obstupui, steteruntque comæ, et vox faucibus hæsit.

Mosso, dans son livre sur la peur, en cite de nombreux exemples (1). On en retrouve partout d'ailleurs, dans la littérature extra-médicale (2), dans le langage courant, et il n'y a pas lieu d'insister.

Mais les troubles paralytiques systématisés à une fonction, persistants et dus à une émotion-sentiment (3) ou à

1. Mosso, *La peur (étude psycho-physiologique)* trad. Hément, Paris, 1886, *passim*.

2. Voir : Montaigne, *Essais*, éd. Jouaust, tome I, pages 101 et suiv. Ch. Darwin, *Expression des émotions*, Paris, 1877.

Lange, *Les émotions*; traduct. Dumas, Paris, Alcan 1895.

3. Voir in Raymond et Janet, *Névroses et idées fixes*, tome II, p. 75, la distinction établie par ces auteurs entre l'émotion-choc et l'émotion-sentiment, celle-ci consistant en un système mental particulier qui s'établit souvent à la faveur de celle-là. Chez les malades, disent-ils, nous avons quelquefois à nous occuper de la première forme de l'émotion, mais bien plus fréquemment de la seconde, car les

une idée émotive, tels enfin que la staso-basophobie, ne paraissent pas avoir été connus par les auteurs anciens. Il est donc probable qu'ils n'ont pas été diagnostiqués et qu'on a dû les confondre purement et simplement avec les paralysies dans le sens vulgaire du mot.

Nous savons d'ailleurs qu'avant Duchenne de Boulogne l'impotence apparente des tabétiques était attribuée à la paraplégie.

C'est en découvrant la conservation de la force musculaire chez les ataxiques que Duchenne (1) démontra que ces malades n'étaient point paraplégiques.

Or, tant que cette distinction si simple mais si capitale des impotences avec conservation ou non de la force musculaire n'avait pas été faite, les troubles de la marche, pour peu qu'ils persistassent, devaient recevoir la commune dénomination de paraplégie.

Il en devait être ainsi pour l'impotence staso-basophobique. Il en était ainsi pour l'astasié-abasie dont notre syndrome n'est qu'une variété avec angoisse et qui ne fut bien élevée à l'état de syndrome distinct que par le professeur Jaccoud en 1864 (2). Les découvertes s'en-

accidents dépendent le plus souvent d'émotions permanentes. Nous verrons ultérieurement que la staso-basophobie n'est, au fond, qu'un accident dépendant, ordinairement chez un neurasthéniques, d'émotions permanentes relatives à la station et à la marche.

1. Duchenne (de Boulogne), *De l'ataxie locomotrice progressive* (Archives de Médecine, 1858-1859).

2. Sous ce titre : *Ataxie par défaut de coordination automatique* in *Paraplégies et ataxie du mouvement*, Paris, 1864, page 653.

gendrant les unes les autres, peut-être y a-t-il une filiation entre la découverte de Duchenne et le nouveau syndrome signalé par M. Jaccoud. Quoiqu'il en soit, quand M. Jaccoud découvrit son syndrome, il le fit rentrer immédiatement dans la catégorie générale déjà signalée par Duchenne des troubles du mouvement avec conservation de la force musculaire. Puis il le différençia de la maladie de Duchenne « par la conservation de la coordination volontaire, c'est-à-dire du sens musculaire, par les résultats négatifs de l'épreuve des yeux et par l'adaptation régulière des mouvements au but voulu », et enfin il le limita à la station debout et à la marche.

Et ainsi fut constitué ce nouveau genre¹ de paralysie que nous appellerons systématisée ou systématique, suivant la classification, adoptée par M. Pierre Janet, des paralysies en généralisées, localisées et systématiques (1).

MM. Paul Richer, Charcot et Blocq qui, ensuite, étudièrent longuement le nouveau syndrome, le constatèrent surtout chez des hystériques et n'eurent pas souvent l'occasion de le rencontrer associé à une idée phobique. Aussi, et d'après l'ensemble des observations, Charcot expliquait-il cette impotence, qui fut dès lors dénommée astasie-abasie, par une amnésie spéciale des centres cor-

1. Pierre Janet, *Etat mental des hystériques Accidents mentaux*, Paris, 1894, page 104. Voir aussi : Babinski, *Paralysies hystériques systématiques*, in *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 28 octobre 1892.

ticaux préposés à la station debout et à la marche (1).

A partir de ce moment, tant en France qu'à l'étranger, les observations de cas analogues se multiplièrent qui furent classées dans la catégorie des astasies-abasies de Charcot et expliquées par le même mécanisme (2).

Mais, à côté de l'astasia-abasia de Charcot et Blocq, surgit peu à peu et plus ou moins explicitement une impotence analogue dont la cause n'était plus l'amnésie, mais une idée obsédante, émotive ou angoissante.

Déjà, en 1883, M. Neftel, en Amérique, avait désigné sous le nom d'*atrémie* un tel genre d'impotence, associé, disait-il, à l'hystérie, à des affections utéro-ovariennes et à la neurasthénie (3). Mais le mot même d'*atrémie* (ἀτρεμία, immobilité) ne se distinguait pas beaucoup, au

1. Au sujet de l'*astasia-abasia* consulter surtout les ouvrages suivantes :

Charcot et Richer. *Su di una forma speciale d'impotenza motrice degli arti inferiori per difetto di coordinazione* (*Medicina contemporanea*, 1883, n° 1, page 6).

Charcot. *Lezioni cliniche dell'anno scolastico 1883-84, sulle malattie del systemo nervoso, redatte del dottore Domenico Miliotti*, Milano, 1885.

Charcot. *Leçons du Mardi* 1888-89.

2. Paul Blocq, *Sur une affection caractérisée par de l'astasia-abasia* in *Archives de Neurologie*, 1888 n° 43 et 44.

Grasset. *Leçons de Clinique médicale*, Paris, 1891.

Thyssen. *Sur l'Astasia-abasia*, in *Archives de Neurologie* 1891, tome 21.

Paul Richer. *Paralysie et contractures hystériques*, Paris, 1892.

3. *Virchow's Archiv.*, XCI, 3, p. 464, 1883.

fond, des mots *astasia-abasia* employés plus tard par Charcot et Blocq pour désigner leur syndrome.

En 1885, M. Magnan publia l'observation d'une femme qui ne pouvait ni se lever ni s'asseoir et qui, en même temps, présentait des phénomènes d'angoisse. M. Magnan en fait une *aboulie* (1).

M. Bouveret, en 1890, dans son travail sur la *neurasthénie*, cite un cas analogue à celui de M. Neftel, sans lui attribuer aucune dénomination (2).

Au mois de mai de la même année, en Allemagne, M. le professeur Otto Binswanger d'Iéna, publia deux longs articles (3) dans lesquels il critiquait les observations et les théories de Charcot et Blocq, relatives à l'*astasia-abasia*. Il apportait trois observations personnelles où l'impotence était due, disait-il, à des *Zwangsvorstellungen* chez des hypochondriaques et constituait une *Schrecklähmung*.

Dans une communication faite au *Congrès international de Berlin* en 1890, le Dr Thyssen (4), en réponse aux critiques de M. Binswanger, insiste sur le diagnostic différentiel entre le syndrome de Charcot et celui du professeur d'Iéna. Les désordres mentaux, dit-il, diffèrent essentiellement dans les deux cas. Si l'hypochondriaque

1. *Annales médico-psychologiques*, 1885.

2. Bouveret. *La Neurasthénie*, 1890.

3. *Ueber psychisch bedingte Storungen des Stehens und de Gehens*, von Prof. Dr Otto Binswanger, in *Berlin. Klin. Wochenschrift*, mai 1890, nos 20 et 21.

4. In *Archives de neurologie*, 1891, tome 21, p. 58.

de M. Binswanger est attentif jusqu'à l'obsession, l'hystérique de M. Charcot est surtout un distrait.

Au mois de janvier de la même année, M. Séglas (1) publia un cas présentant, disait-il, quelque ressemblance avec l'astasia-abasia de Charcot, mais s'en distinguant par « un nouveau symptôme capital, l'angoisse accompagnant chaque tentative de station debout ou de marche, tout à fait semblable à celle que détermine pour un agoraphobe l'acte de traverser une place et donnant au syndrome actuel un aspect clinique absolument comparable à celui des *idées obsédantes*, des *délires émotifs* ». M. Séglas désigne ce nouveau syndrome sous le nom d'*astasia-abasia émotive*.

En même temps, Knapp (2) en Angleterre, divisait l'astasia-abasia de la façon suivante :

Astasia-abasia.	}	avec angoisse (intention-psychosis).
		sans angoisse (association-neurosis).

Encore la même année, M. le professeur Régis, de Bordeaux, dans une série de trois articles sur les *neurasthénies psychiques* (3), range dans la catégorie des *neurasthénies ou obsessions aboutiques* certains cas d'impotence fonctionnelle qu'il avait observés et désignés sous

1. Séglas. *De l'abasia et de l'astasia émotives* (*Médecine moderne*, 1891, n° 24). Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, (Salpêtrière 1887-94).

2. Knapp. *Astasia-abasia* (*the Journal of nervous and mental diseases*, 1891, n° 11).

3. E. Régis. *Les neurasthénies psychiques (obsessions émotives ou conscientes)* in *Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1891.

Consulter aussi, du même auteur, *Manuel pratique de médecine mentale*, 2^e édit. p. 291.

les noms d'*ananastasia* et d'*ananabasia*. C'étaient pareillement des paralysies systématisées à la station et à la marche (ou plutôt à l'action de monter) et avec angoisse.

M. Bouveret ensuite, dans la seconde édition de son ouvrage sur la *Neurasthénie* parue également en 1891, cite d'autres cas analogues à celui qu'il avait publié dans l'édition de 1890 et le premier désigne le syndrome sous le nom de *stasophobie* (1).

En 1893, dans un ouvrage spécial, à côté du syndrome qu'il avait nommé *astasia-abasia*, Blocq (2) reconnaît comme autonome et distinct le syndrome que venaient de décrire sous des noms différents. MM. Binswanger, Séglas et Régis. Il reconnaît l'angoisse et l'obsession qui l'accompagnent et le distinguent ainsi de l'*astasia-abasia*. Mais pour lui cette *dysbasie* parafunctionnelle, comme il l'appelle, « fait plutôt partie des troubles de la marche dans les maladies mentales » et il propose de l'appeler « *dysbasie émotive* ».

En 1893, à la Société médicale des hôpitaux, MM. Debove et Bouloche (3) présentèrent une assez longue observation d'un cas offrant « une certaine ressemblance avec l'agoraphobie puisqu'il y avait impossibilité de traverser les espaces découverts... mais, de plus, la malade ne pouvait absolument ni se tenir debout, ni marcher,

1. Bouveret. *La Neurasthénie (épuisement nerveux)*, 2^e édit. Paris, 1891.

2. P. Blocq. *Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses*, Paris, 1893.

3. Debove et Bouloche. *De la basophobie*, in *Société médicale des hôpitaux de Paris*, (tome X, 3^e série, 1893).

même dans un espace très limité ». Complétant la dénomination de M. Bouveret, ils désignèrent pour la première fois le syndrome sous le nom de *staso-basophobie*.

Le nom fut adopté par plusieurs auteurs et reproduit, entre autres, par le professeur Grasset dans la quatrième édition de son *Traité des maladies du système nerveux*. (1). Un peu barbare d'aspect et à l'oreille, il exprime bien cependant ce genre particulier de dysbasie, assez semblable à l'astasia-abasie, mais en différant par le symptôme pathognomonique de la peur.

A propos d'un second cas du même genre communiqué à la même séance, MM. Debove et Bouloche insistèrent encore et plus particulièrement sur les rapports unissant l'agoraphobie à la staso-basophobie.

Dans la discussion qui suivit leur communication, M. Rendu fit part, à son tour, d'un cas qu'il avait observé chez une malade « très semblable à celle de M. Debove » et qu'on lui avait adressée « comme paraplégique ». Il y avait plus de trois mois qu'elle gardait le lit dans une immobilité complète.

A la suite de M. Rendu, M. Ballet faisait remarquer que les accidents signalés n'étaient pas particuliers aux adultes. Les enfants, disait-il, peuvent en présenter de semblables. Et, à l'appui de sa thèse, il citait le cas d'un jeune enfant de sept ans. Cet enfant fut guéri en quelques semaines, sous l'influence de l'isolement et de l'hydrothérapie. Nous avons bien regretté que M. Ballet se soit très peu étendu sur le cas de ce jeune enfant, qu'il cite seu-

1. Grasset. *Maladies du système nerveux*, tome II.

lement. En effet, nous n'apportons nous-même aucune observation d'enfant, et le cas de M. Ballet est le seul que nous ayons rencontré au cours de nos lectures.

Mais en 1897, M. Ballet publiait dans l'*Indépendance médicale*, deux leçons faites dans son service à Saint-Antoine sur « différentes formes d'astasia-abasia ». A côté de l'astasia-abasia hystérique de Charcot, il distinguait « une abasia émotive ou stasophobie évoluant sur un terrain de névropathe ou de neurasthénique. Puis il insistait sur la physiologie pathologique et le traitement. La physiologie pathologique de la forme émotive relève, d'après M. Ballet, de l'idée fixe plus ou moins consciente de l'impossibilité de la marche.

Pour le traitement, il faudra distraire le malade et dissiper son idée fixe (1).

M. le Dr Gélinau (2), dans son ouvrage sur les *Peurs maladives* paru en 1894, rapporte quatre observations de « stasophobie » dont une personnelle et les trois autres du Dr Le Grix. L'observation de M. Gélinau offre cette particularité intéressante que la stasophobie de sa malade fut suivie du même syndrome chez le frère de cette dernière et chez une nièce. Dans les deux observations suivantes du Dr Legrix, il s'agit pareillement de deux sœurs dont l'une devint stasophobe à la suite de l'autre.

En 1894, M. Pierre Janet divisait les paralysies hystériques, comme il avait déjà divisé les amnésies et les

1. *Indépendance médicale*, 1897, pages 297 et 305.

2. Gélinau. *Des peurs maladives ou phobies*, Paris, 1894, p. 164 et suivantes.

anesthésies, en généralisées, localisées et systématiques. Il appliquait cette division à d'autres paralysies que les paralysies hystériques, à toutes celles qui dépendent des idées. Et il rangeait parmi les paralysies systématiques la « dysbasie émotive » de MM. Binswanger et Séglas, à laquelle il reconnaissait pareillement comme cause une obsession ou une idée fixe (1).

Dans le second volume des *Névroses et Idées fixes*, MM. Raymond et Janet rapportent un certain nombre de ces paralysies systématiques, continues ou intermittentes, dont quelques-unes relatives à la station et à la marche et où l'idée émotive plus ou moins obsédante est nettement signalée comme facteur.

En 1895, MM. Hallion et J. B. Charcot publièrent (2), « quelques observations de dysbasies d'origine nerveuse » qu'ils classaient en : dysbasie psychique, dysbasie neurasthénique et dysbasie par lésion organique du système nerveux. La première observation seule rentre dans la basophobie (dysbasie psychique), bien que les auteurs signalent l'absence d'angoisse. Toutefois, d'après l'ensemble de l'observation, on peut supposer une émotion subconsciente. L'intérêt de ces observations est d'ailleurs, à notre avis, de faire sentir la difficulté du diagnostic relativement à certains troubles de la marche plus ou moins analogues à notre syndrome et devant être rattachés tantôt à la neurasthénie, tantôt à une lésion organique.

1. Pierre Janet. *Accidents mentaux*, p. 106.

2. In. *Archives de Neurologie*, février 1895.

Mais jusqu'ici les cas observés étaient des cas simples, c'est-à-dire indépendants de toute lésion organique. Nous allons voir maintenant des cas associés à des lésions organiques telles que le tabès ou l'hémiplégie organique et qui sont la cause occasionnelle du syndrome.

Ainsi, à propos du tabès, M. Hirschberg mentionne, dans les *Archives de Neurologie* (1), que le symptôme ataxie est souvent aggravé par un état mental neurasthénique qui se traduit cliniquement « par des appréhensions, une pour exagérée de tomber ». Il avait également écrit dans un travail thérapeutique antérieur (2) ; « Rien ne serait plus faux que de déduire de la sclérose médullaire postérieure tous les symptômes que le tabétique présentera à un moment donné ; notamment les idées d'obsession sous forme de différentes phobies s'observent fréquemment chez les tabétiques.

M. le Dr Pierre Parisot (de Nancy) (3), précisait davantage cette idée, au *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* tenu à Angers en 1898, et rapportait deux cas « de basophobie chez les ataxiques », le syndrome y existant superposé au tabès qu'il venait compliquer et aggraver. Dans les commentaires qui suivaient, M. Pari-

1. Hirschberg. *Traitement de l'ataxie dans le tabès dorsalis par la rééducation des mouvements* (Arch. de Neurologie, 1896, p. 168.

2. Hirschberg. *Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice*. (Bull. génér. de thérapeutique, 1893, p. 68.

3. P. Parisot. *De la basophobie chez les ataxiques*, in *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue Française*, 9^e session tenue à Angers, août 1898. *Compte-Rendu*, Angers 1899.

sot disait : « Je pense que l'attention une fois attirée d'une manière spéciale sur la basophobie au cours de l'ataxie, on la dépistera souvent dans ses formes atténuées ». Et plus loin il répétait qu'il était « disposé à admettre que l'ataxie est compliquée de basophobie plus fréquemment qu'on ne le croit d'ordinaire ».

Mais déjà, quatre ans avant les observations de M. Parisot, M. le professeur Grasset avait signalé une observation très curieuse de « basophobie ou abasie phobique chez un hémiplégique » dont il faisait un cas « d'hémi-neurasthénie posthémiplegie » (1).

En 1898, au Congrès d'Angers dont nous venons de faire mention, M. le Dr Ch. Mirallié (de Nantes) communiquait l'observation d'un malade dont l'histoire disait-il, semble calquée sur celle du malade de M. Grasset. Il s'agissait en effet d'un hémiplégique également basophobe.

Enfin, dans ce même Congrès, et à la suite de la communication de M. Parisot, M. Hartenberg disait avoir observé la basophobie dans la sclérose en plaques comme dans le tabès.

La même année, dans une courte monographie, le Dr Gelineau (2), reprenait la question qui nous occupe et qu'il avait déjà abordée dans son ouvrage spécial sur

1. Grasset. *Basophobie ou abasie phobique chez un hémiplégique (hémi-neurasthénie posthémiplegique)*. (In *Semaine médicale*, 15 août 1894. Cet article a été reproduit dans les *Leçons de clinique médicale*, 2^e série, du même auteur.

2. Dr Gelineau, *Les Déséquilibrés des jambes, étude psychologique et thérapeutique*, 1^{re} série, Les Astasiques, Paris 1898.

les Phobies. Dans ce nouveau travail, il appelait nos malades les *Déséquilibrés des jambes* et les rapprochait des autres variétés de déséquilibrés : *Déséquilibrés de la Tête ou de l'Esprit, Déséquilibrés du Ventre* (entéroptose)... les considérant les uns et les autres comme des victimes de l'hérédité, du surmenage, du vice, des diathèses et d'intoxications multiples (alcool, morphine, tabac, éther, cocaïne, thé...). Il publiait de nouveau plusieurs observations non seulement d'astasia amnésique, mais d'astasia phobique. Enfin, à propos du traitement, il insistait sur l'emploi de la strychnine et de ses sels les plus usités (arséniates, sulfates et hypophosphites de strychnine).

Nous mentionnerons encore une récente brochure de M. le Dr Audiffrent (1) (de Marseille) dans laquelle cet auteur, d'après la doctrine de son maître Auguste Comte, range notre syndrome comme aussi l'agoraphobie parmi les « symptômes spéciaux » de la folie. Ici il s'agit de « symptômes relatifs à l'activité, mouvements retenus par *prépondérance de l'organe de la prudence* ». Nous reviendrons d'ailleurs, à propos de la pathogénie, sur une telle conception.

Enfin, en novembre 1899, dans son service à l'Hôtel-Dieu, à propos d'une malade neurasthénique atteinte de staso-basophobie, notre maître M. le professeur agrégé Dupré faisait sur ce sujet une leçon restée inédite. Mais notre maître rappelait à ses auditeurs l'ensemble des

1. Dr G. Audiffrent. *Notes et observations médico-légales. Folie, aliénation mentale et criminalité.*

travaux sur la question et, comme les précédents auteurs, distinguait nettement le nouveau syndrome de l'astasié-abasie de Charcot, puis le rattachait à sa cause qui, dans le cas particulier de sa malade, était une auto-suggestion d'impuissance motrice chez une dégénérée phobique, neurasthénique. Nous reproduisons plus loin l'observation de cette malade.

L'année 1900, en suivant M. Dupré dans son nouveau service, celui des chroniques, à l'hôpital Laënnec, nous eûmes encore l'occasion d'y rencontrer cinq autres basophobes dont nous reproduisons également les observations.

C'est en partant de ces observations, auxquelles nous avons joint quelques autres empruntées aux auteurs, que nous avons entrepris et achevé ce travail, d'après les conseils et avec l'aide de notre maître M. le professeur agrégé Dupré.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

D'après l'ensemble des observations, nous sommes obligé de distinguer deux formes principales de stasobasophobie : la forme *simple* et la forme *associée*.

La stasobasophobie sera dite *simple* lorsqu'elle existera indépendamment de toute lésion de l'appareil locomoteur.

Elle sera dite *associée* lorsqu'elle coexistera avec une lésion quelconque de l'appareil locomoteur, telle que l'hémiplégie organique, le tabes, la sclérose en plaques, etc.

Ces deux formes comprendront l'une et l'autre deux variétés : une variété *continue* et une variété *par accès* suivant que la stasobasophobie existera d'une façon continue ou intermittente. Nous préférons les mots *par accès* au mot *intermittent*, qui semble plutôt indiquer une certaine chronicité régulière, comme dans le cas des *fièvres chroniques intermittentes*. Or nous verrons que les crises basophobiques sont soumises à des conditions qui n'ont en elles-mêmes aucune régularité.

Enfin, quant au type de la démarche ou plutôt de l'état du membre pendant la marche ou les tentatives de marche, il se présente sous l'un des aspects suivants : *para-*

lytique (paralysie complète ou parésie), *spasmodique* ou *ataxique*.

Il est quelque fois *mixte*, ou *complexe*.

Ces distinctions étant établies, je considérerai d'abord le malade à la période d'état, puis j'étudierai le mode de début, la marche, la terminaison et la durée.

§ 1. — PÉRIODE D'ÉTAT.

A la période d'état nous distinguerons des symptômes *physiques* et des symptômes *psychiques*.

A. — *Symptômes physiques*. — Nous examinerons successivement : 1° l'état général du malade et particulièrement l'état de son appareil locomoteur en dehors de la station et de la marche ; 2° l'état des membres inférieurs pendant l'acte ou pendant les tentatives de station et de marche ; 3° les phénomènes concomitants présentés par le malade pendant les mêmes actes ou tentatives.

1° *Etat général du malade et particulièrement état de son appareil locomoteur en dehors de la marche et de la station.*

a). — *Forme simple*. — Dans cette forme, à variété généralement continue, le sujet se présente ordinairement dans un état très satisfaisant. Dans certains cas rares le malade ne peut même pas s'asseoir et il reste étendu sur le dos. Mais le plus souvent, il peut s'asseoir sans aucune difficulté et alors il est tranquillement couché ou assis

dans son lit ou dans un fauteuil. On trouve ordinairement un léger affaiblissement neuro-musculaire généralisé mais dont le malade ne se plaint pas. Parfois aussi un peu d'atrophie par suite du défaut d'exercice. Rarement quelques légers troubles de la sensibilité.

Si, laissant soigneusement le malade dans son lit, on cherche alors à examiner l'état des membres inférieurs, voici ce que l'on constate. D'abord le malade résiste fort bien aux tentatives de flexion et d'extension, ce qui prouve la conservation de la force musculaire. De même le sens musculaire est intact et la coordination des mouvements parfaite. Les réflexes patellaires (1) et achilléens sont normaux. On ne constate ni le signe des orteils, ni le signe de la flexion du tronc sur le bassin de Babinski. Aucune contracture, aucune ankylose, intégrité du squelette des membres, intégrité du bassin et du tronc, en un mot, aucune lésion appréciable quelconque. Et cependant le malade reste couché ou assis parce qu'il ne peut pas marcher. Tel se présentait, par exemple, le malade L... (observ. XI). Au lit il exécutait avec force et précision les mouvements commandés. Il résistait énergiquement aux tentatives de flexion et d'extension. Mais s'il s'agissait de deux actes spéciaux de la station et de la marche, il en était incapable.

b. — *Forme associée.* — Dans la forme associée, sur-

1. Dans un cas de MM. Debove et Bouloche, « le réflexe tendineux du genou était aboli sans qu'il y eût aucun autre signe tabétique ». De même dans un cas que nous avons observé. Il y avait même eu autrefois des douleurs fulgurantes, mais sans autres signes tabétiques.

tout dans la variété par accès, les choses se présentent un peu différemment.

En effet, dans ce cas il ne faut plus espérer trouver les membres en parfait état. Nous sommes alors en présence du tabès, de l'hémiplégie organique ou de la sclérose en plaques qui impriment aux membres des symptômes propres et permanents. Cependant la forme associée peut se ramener à la forme simple en ce sens que l'état du membre ne peut expliquer l'impotence spéciale pour la station et la marche.

Au fond, il n'y a qu'une différence entre les deux formes. Dans la forme simple il y a un contraste frappant entre l'impotence et l'état du membre ; dans la forme associée il y a seulement disproportion entre cet état du membre et l'impotence.

Mais cette disproportion est manifeste, d'abord d'après l'examen du membre, ensuite d'après l'intermittence des accès et surtout d'après les circonstances mêmes où surgissent ces accès. En effet, en dehors de ses accès, le malade marche comme marchent les hémiphlégiques et les ataxiques, plus ou moins bien, suivant l'état des lésions. Puis survient un accès et tout à coup le malade s'affaisse ou s'arrête. Mais cet accident se produit toujours dans des circonstances, qui n'ont rien à voir directement avec l'état du membre. C'est dans la rue, à propos d'une voiture, de la rencontre d'une personne, etc.

*2° Etat des membres pendant l'acte ou pendant
les tentatives de station debout et de marche.*

Dans les deux formes, et quelle que soit la variété, les membres offrent l'un quelconque des états suivants : paralysie, contracture, parésie et ataxie. Parfois il y a des alternatives de paralysie et de contracture, parfois aussi il y a de l'ataxie en même temps que de la parésie.

L... (observ. XI) est surtout paralysé. Il ne peut se tenir sur les jambes ni les soulever. Elles sont lourdes, dit-il, et comme attirées vers le bas par un aimant. Si on cesse de le soutenir d'un côté, il incline de ce côté et, si on l'abandonnait tout-à fait, il s'affaisserait.

Chez nos tabétiques basophobes le plus souvent les jambes se raidissent, se contractent soit en légère flexion, soit en extension, et ils restent ainsi cloués au sol, incapables de marcher, jusqu'à ce qu'on vienne à leur secours.

Chez l'hémiplégique de M. le professeur Grasset la jambe paralysée se fléchit et se contracte tour à tour. Il tomberait si on ne le retenait. Il se cramponne pour ne pas s'effondrer et il tomberait s'il ne trouvait un point d'appui solide.

Chez une malade de M. Dupré (observ. XIII) la démarche est surtout parétique est un peu ataxique. Elle marchait sans assurance, titubant un peu, lançant un peu les jambes. « Je vais tomber, mes jambes se dérobent » disait-elle. Et elle se raccrochait ou esquissait des gestes

de rac croc, faisait difficilement quelques pas et retombait lourdement dans son fauteuil.

3° Phénomènes concomitants présentés par le malade pendant l'acte ou pendant les tentatives de station et de marche.

La physionomie du malade exprime la peur, l'anxiété l'angoisse. Il tremble de tout son corps.

Son visage pâlit tout d'abord, puis devient vultueux, puis se couvre d'une sueur profuse.

Il y a de l'oppression, de la dyspnée, de la faiblesse et de l'accélération du pouls.

Parfois on observe des malaises dans la région épigastrique, des nausées et même la diarrhée.

Dans d'autres cas, on a constaté des malaises dans la tête et dans le dos, des sensations de trépidation et de vibration qui s'irradient de la tête au dos, à l'épigastre, et jusque dans les orteils.

Dans d'autres cas, le malade dit qu'il va mourir, il éprouve la sensation d'une défaillance imminente, il est même pris de défaillance. On est obligé de le recoucher.

Il y a parfois du vertige, mais le vertige n'est pas la cause de l'abasie. Ainsi la malade de M. Séglas (observ. IV) après avoir eu des vertiges, reste « abasique sans vertige ». De même chez W... (observ. XII) le vertige se dissipe vite, mais le malade reste basophobe.

Chez la malade de M. Neftel, il y avait aggravation de tous les malaises pendant la digestion, à ce point que, après avoir mangé, la patiente était obligée de rester les

yeux fermés, immobile, dans le calme et le silence le plus complet. Remarquons d'ailleurs que cette malade ne pouvait même pas s'asseoir.

Chez la malade de M. Séglas, au contraire, — et ce cas nous paraît devoir être le plus fréquent — les vertiges et la faiblesse avaient lieu surtout le matin, à jeun. L'ingestion des éléments, l'air vif, la lumière faisaient disparaître le vertige.

B. — *Symptômes psychiques.* — Le symptôme, constant et pathognomonique du syndrome, celui qui a donné son nom, est l'idée émotive ou phobique, plus ou moins consciente de l'impossibilité de la station ou de la marche.

Dans la variété continue le malade a l'idée fixe et bien arrêtée qu'il ne peut se tenir debout, ni marcher.

Dans la forme par accès, il s'arrête tout à coup parce qu'il pense qu'il ne va pas pouvoir marcher ou qu'il va marcher d'une façon ridicule.

Dans les deux cas, l'idée est accompagnée d'un état émotif : peur, anxiété ou angoisse.

La peur est souvent avouée ou accusée même par le malade. Dans la forme par accès cette conscience de la peur peut être très nette, comme dans d'autres phobies d'ailleurs et spécialement dans l'éreutrophobie (1). Mais, comme la phobie de la rougeur, la basophobie est inaccessible à tous les raisonnements que l'on peut faire et que le malade se fait à lui-même. « J'essaie de me rai-

1. Pitres et Régis. *L'obsession de la rougeur (Ereuthophobie)* in *Archives de neurologie*, 1897.

sonner, dit une hasophebe de M. Debove, mais c'est plus fort que moi ».

La peur alors ne peut être vaincue que par un secours souvent insignifiant, absurde même en un certain sens, tel que, pour un tabétique, d'avoir quelqu'un à ses côtés pour traverser une rue. Mais parfois aussi il faut un secours plus réel, un vrai point d'appui tel qu'une canne ou le secours d'un bras étranger.

Dans la forme continue lorsque le sujet se trouve sous l'influence d'une émotion antagoniste comme la joie, la peur peut s'évanouir et la dysbasie disparaître. Ainsi cette malade de M. Dupré (observation XIII), tout enchantée de se voir radiographiée après plusieurs jours d'attente, se rend avec empressement et sans difficulté à la salle de l'électricien.

D'ailleurs, une distraction quelconque suffit souvent à faire disparaître cette peur et la dysbasie concomitante.

Remarquons enfin que, dans certains cas par accès, l'idée phobique ne se présentera pas si le malade est seul, s'il évolue dans un espace restreint, au milieu d'objets familiers, s'il est sur le trottoir, le long d'un mur, etc. Par contre, si le malade a éprouvé son malaise à un endroit, il l'éprouve toujours au même endroit. Tel le malade de M. Mirallié. Il en est de même d'ailleurs dans l'agoraphobie.

Tels sont les principaux symptômes physiques et psychiques que présentent les malades à la période d'état. Voyons maintenant le début, la marche, la terminaison et la durée du syndrome.

§ 2. — MODE DE DÉBUT.

1° *Début lent et progressif.* — C'est de beaucoup le plus fréquent. Ainsi la première malade de MM. Debove et Bouloche a été, à la suite d'une émotion, comme paralysée, puis elle s'est remise à marcher, puis elle est devenue agoraphobe, puis elle entrée dans la staso-basophobie continue.

Il en est de même chez le malade de M. Grasset.

La basophobie qui « a commencé à apparaître petitement et graduellement il y a trois ou quatre ans, a pris surtout une extension notable et devenu gênante il y a dix-huit mois, à la suite d'une violente émotion... Au début, c'est sur les places un peu larges que notre homme ne pouvait pas marcher sans angoisse: c'était de l'agoraphobie. Puis les espaces difficiles ou impossibles à franchir se sont rétrécis. Aujourd'hui la rue elle-même, le trottoir sont devenus inabordables ».

2° *Début brusque.* — Les débuts brusques nous paraissent rares et alors n'être brusques qu'en apparence. Ainsi L..., (Observation XI) paraît être devenu basophobe d'emblée. Mais en réalité il l'est devenu par le fait de l'âge, par le fait d'une crise rhumatoïde plus longue et d'un plus long séjour au lit, vraisemblablement même après de nombreux accès de basophobie pendant les vingt-cinq dernières années, accès dont il se guérissait par une spécialité pharmaceutique dans laquelle il avait toute confiance.

§ 3. — MARCHE DU SYNDROME.

Le syndrome une fois installé ne rétrocede jamais spontanément. Deux cas peuvent se présenter : le diagnostic est ou n'est pas fait.

Si le diagnostic n'est pas fait, nous voyons les malades, dans la variété continue, rester indéfiniment au lit. Nous n'avons pas d'observations assez étendues, pour constater ce qui serait réellement arrivé à la longue. Mais nul doute que le syndrome n'eût abouti à une véritable atrophie et à une impotence presque complète.

De même dans la variété par accès forme associée, les troubles basophobiques étant alors attribués à des maladies incurables et progressives, on y verra, s'ils s'accroissent, le signe d'un état plus avancé des lésions. Le malade sera alors condamné ou se condamnera lui-même de plus en plus au repos et l'on arrivera au même résultat que dans le cas précédent.

Le diagnostic est fait et un traitement a été institué. Alors la marche d'un syndrome qui n'existe pas par lui-même mais par le substratum neurasthénique ou névropathique concomitant, est nécessairement subordonnée à la marche de la neurasthénie et de la névropathie. Tout dépend du traitement non seulement de la neurasthénie mais encore du traitement spécial de la phobie. Ce dernier ne s'attaque pas seulement à la phobie, mais réagit aussi heureusement, comme nous le verrons, sur la névrose.

§ 4. — TERMINAISON

La terminaison, rare dans nos observations, n'est jamais brusque. Dans un cas très heureux de M. Rendu, la phobie a complètement disparu après des suggestions répétées pendant quinze jours.

Dans les autres observations nous constatons des améliorations survenant toutes lentement. Mais on peut prévoir que dans certains cas analogues à celui de L.. (observ. XI) la guérison pourrait survenir assez vite, en plaçant le malade dans des conditions favorables que nous aurons à indiquer ultérieurement. Remarquons enfin qu'un certain nombre de malades passent, d'une basophobie plus ou moins complète et continue, à une agoraphobie généralement régressive.

§ 5. — DURÉE

La durée du syndrome est ordinairement longue.

Une malade de M. Neftel (observ. I) est au lit depuis six ans, mais l'atrémie, dit-il, date encore de plus loin, ayant procédé par accès en général de très longue durée dans l'intervalle desquels la santé physique et morale paraît se rétablir entièrement.

M. Bouveret dit de sa première malade qu'elle était au lit « depuis fort longtemps » et de sa seconde « depuis plus d'un an ». Cette dernière fut guérie en six mois.

L'état de Am., une malade de MM. Debove et Boulloche dure depuis dix ans. Puis elle passe de la basaphobie à l'agoraphobie.

Le malade de M. Grasset était basophobe depuis quatre ans et M. Grasset ne signale pas sa guérison.

La plupart des autres cas que nous publions durent généralement depuis plus d'un an et, s'il y a le plus souvent des améliorations, aucun ne se termine par la guérison complète.

CHAPITRE III

Etiologie.

Nous distinguerons deux ordres de causes : des causes *prédisposantes* et des causes *occasionnelles*.

§ 1. — CAUSES PRÉDISPOSANTES

Les principales sont l'hérédité, l'âge, le sexe, la neurasthénie, l'hystérie et la névropathie.

Hérédité. — Chaque fois que l'on peut obtenir des renseignements à cet égard, presque toujours on trouve l'hérédité névropathique ascendante et descendante. Il s'agit, bien entendu, de l'hérédité dissemblable. Cependant M. Parisot cite un cas où l'hérédité serait plus ou moins homologue. En effet, la tante d'une de ses basophobes aurait été atteinte d'une maladie nerveuse avec troubles de la marche.

Age. — L'influence de l'âge est plus manifeste encore. Si l'on excepte le cas unique d'un enfant de 7 ans signalé par M. Ballet, tous les autres malades sont des adultes. Le moins âgé de tous les malades dont l'âge a été consigné dans les observations que nous rapportons a trente-

huit ans. La moyenne de l'âge des autres malades est de cinquante ans.

Sexe. — Le sexe paraît avoir peu d'influence. Toutefois, sur les 16 observations que nous rapportons, nous comptons 7 femmes seulement contre 9 hommes.

Neurasthénie. — Mais, de toutes les causes prédisposantes, la plus fréquente de beaucoup et la plus manifeste est la neurasthénie (1). Elle a été relevée par la plupart des auteurs (Neftel, Bouveret, Séglas, Dbove, Grasset et Mirallié). Les trois malades de Binswanger sont également des neurasthéniques. De même, la malade de M. Dupré, à l'Hôtel-Dieu.

Hystérie. — Neftel a trouvé et nous-mêmes avons trouvé une fois l'hystérie associée à la neurasthénie.

Mais Neftel est le seul auteur qui ait trouvé l'hystérie seule. On pourrait donc ranger aussi cette névrose parmi les causes prédisposantes. D'ailleurs, *à priori*, rien ne s'y oppose. Nous verrons en effet que la basophobie reconnaît le plus souvent comme cause immédiate des idées fixes. Or les hystériques y sont autant sujets que les neurasthéniques. Névroses et idées fixes, disent MM.

1. Nous admettons ainsi parmi les causes prédisposantes de notre syndrome la neurasthénie, l'hystérie, la névropathie. Nous faisons donc de la basophobie comme une manifestation de ces névroses. Mais nous n'ignorons pas que, pour d'autres auteurs, la phobie ou l'obsession est un élément juxtaposé à la neurasthénie, mais à part, et appartenant à la dégénérescence mentale. Certains auteurs érigent même les phobies en entités morbides.

Raymond et Pierre Janet, sans distinguer d'ailleurs entre les catégories de névroses (1).

Névropathie. — M. Parisot remarque que ses deux tabétiques « ont été toute leur vie entachés de névropathie ». La névropathie n'était pas moins évidente chez les trois tabétiques dont nous publions les observations.

Enfin il est une dernière cause également prédisposante, à notre avis, en tout cas très nette et très manifeste chez certains sujets, surtout chez les basophobes par accès. On peut d'ailleurs la rattacher à la neurasthénie ou à la névropathie. Mais elle mérite d'être mise à part en évidence. Elle consiste en une certaine *vanité émotive* dont l'hémiplégique de M. Mirallié nous rend parfaitement compte en donnant lui-même comme cause de sa basophobie « la peur de tomber et d'exciter la commisération de ses voisins ». Et cette peur il l'éprouve non seulement devant ses voisins, mais encore devant les gens de la maison et même devant son médecin. « Notre seule présence, dit M. Mirallié, suffit à lui causer une certaine angoisse. » D'ailleurs cette vanité ne se manifeste pas seulement à propos de la marche, elle se manifeste aussi pour l'acte d'écrire. Comme il est hémiplégique à droite, ce qui évidemment devrait déformer son écriture, jamais M. Mirallié n'a pu « le décider à faire des essais d'écriture.

L'hémiplégique de M. Grasset éprouve ses accès de

1. Dans d'autres observations dont nous avons eu plus tard connaissance, de M. Gélinau, puis de M. Ballet, nous trouvons du reste l'hystérie seule.

basophobie absolument dans les mêmes circonstances que le précédent malade. M. Grasset signale que « le symptôme a pris surtout une extension notable et est devenu tout à fait gênant à la suite d'une vive émotion morale éprouvée par le malade à la suite d'une altercation avec un locataire ». L'observation ne rapporte pas de quoi il fut question dans cette altercation, mais il est bien probable que le locataire dut faire méchamment allusion à l'infirmité du pauvre hémiplegique et le mortifier dans son amour-propre.

Nous devons aussi signaler la *condition sociale*. La plupart des malades sont des hospitalisés. Charcot a beaucoup insisté sur la fréquence et la persistance de la neurasthénie et de ses divers symptômes dans la classe ouvrière. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce sujet à propos de la pathogénie et du traitement.

Ainsi donc l'hérédité, l'âge, la neurasthénie, l'hystérie, la névropathie, la condition sociale, voilà les principales causes prédisposantes de la staso-basophobie.

§ 2. — CAUSES OCCASIONNELLES.

Mais si les causes précédentes sont éminemment propres à engendrer des phobies, quelles sont maintenant les causes occasionnelles qui spécifient la phobie en cette espèce si particulière et si curieuse : la phobie de la marche et de la station debout ?

Les observations nous répondent : ce sont surtout des maladies ou des accidents retentissant sur cette double fonction.

Tel de nos malades a eu une série ininterrompue d'accidents rhumatoïdes pendant plus de vingt ans. Tel autre a eu des accès d'agoraphobie. Tel autre est simplement neurasthénique, c'est-à-dire a de l'affaiblissement neuro-musculaire. Ceux-ci sont hémiplegiques. Ceux-là sont tabétiques. Ces derniers sont devenus basophobes, dit M. Parisot, « du jour où l'un a été incoordonné et l'autre a éprouvé cette sensation si pénible de l'effondrement des jambes sous lui. »

Le malade de M. Hartenberg a la sclérose en plaques.

Une malade de M. Dupré a été avertie de complications paralytiques possibles à la suite de sa diphtérie. W... (observ. XII) a toujours eu des vertiges, de plus il vient d'avoir un mal perforant pour lequel il a été opéré et enfin il a eu pendant près d'un mois une hémiplegie hystérique.

En résumé, nous voyons toujours comme point de départ de la staso-basophobie, des maladies ou des accidents ayant entravé ou entravant encore plus ou moins la station debout et la marche.

M. Gélineau signale également *l'imitation* comme cause de stasophobie dans les trois cas familiaux de l'observation dont nous avons parlé dans notre historique. Telle serait aussi l'opinion du Dr Le Grix relativement à la sœur d'une de ses malades (1).

1. Gélineau, *Des peurs malades ou Phobies*, Paris, 1894, p. 165 et 166.

CHAPITRE IV

Nature et Pathogénie.

I. — Nous avons, au début même de ce travail, défini la staso-basophobie une paralysie systématisée ou systématique.

Il est évident, en effet, que notre syndrome n'est point une paralysie généralisée. Ce n'est pas non plus une paralysie localisée, puisqu'aucune partie du membre inférieur pas même un orteil n'est atteint organiquement d'une manière nécessaire. C'est donc une paralysie systématique.

En effet, dit M. Pierre Janet, les paralysies systématiques sont celles où « les malades n'ont pas complètement perdu tous les mouvements d'un membre ; ils ont perdu simplement le pouvoir d'effectuer telle ou telle catégorie de mouvements, tandis qu'ils ont conservé à peu près complètement les autres. Sans doute, on peut quelquefois constater, dans des cas de ce genre, un affaiblissement général de tous les mouvements, même de ceux qui sont conservés. Cet affaiblissement qui, d'ailleurs, n'existe pas dans tous les cas, se rapporte à l'amyosthénie commune

des hystériques (1). Mais il n'y en a pas moins une différence très appréciable entre les mouvements conservés et les mouvements perdus, puisque les premiers, quoique affaiblis, existent encore et que les seconds n'existent plus du tout. Cette perte de certains mouvements ne tient pas à la paralysie complète de tel ou tel muscle car tous les muscles sont capables de fonctionner dans certains mouvements. Ce sont certaines combinaisons, certains systèmes de contractions musculaires qui ont disparu » (2).

Tel est bien le cas dans la staso-basophobie aussi bien que dans l'astasia-abasie. Dans ces deux syndromes les malades ont simplement perdu le pouvoir d'exécuter les mouvements relatifs à la station et à la marche, tous les autres mouvements étant indemnes.

II. — Quelles sont dans le syndrome basophobique les causes de cette paralysie ? Quel en est le mécanisme pathogénique ?

Pour résoudre cette question il nous faut passer en revue rapidement les conditions nécessaires à l'exécution de la marche normale. Ces conditions sont au nombre de trois :

1° Intégrité des membres inférieurs (os, muscles, articulations), du bassin et du tronc.

2° Intégrité des voies nerveuses conductrices (centripètes et centrifuges).

3° « Il importe, de plus, dit M. Blocq, que fonctionnent

1. M. Janet n'étudie que le cas des hystériques. Mais on sait que l'amyosthénie est également commune chez les neurathéniques.

2. Pierre Janet. *Etat mental des hystériques. Accidents mentaux.* page 105.

régulièrement et les centres inférieurs — moelle épinière — et les diverses associations cellulaires des centres supérieurs, — cerveau — tant celles de ces associations qui sont dévolues à la mobilité, que celles qui président aux autres fonctions de l'écorce, et, en particulier, de celles qui se rattachent à l'exercice de certains sens, simples, comme l'est la vision, ou complexes, comme le paraît être le sens de l'espace (1) ».

Dans la staso-basophobie nous ne saurions incriminer ni la première ni la seconde de ces trois conditions.

En effet, nous avons vu que chez nos malades, ni les membres inférieurs, ni le bassin, ni le tronc, ni les voies conductrices — centripètes ou centrifuges — ne sont atteintes ou du moins ne sont atteintes suffisamment pour expliquer les troubles de la station et de la marche.

Il ne reste donc comme pathogénie possible qu'un trouble dans le fonctionnement des centres qui président à la double fonction.

Mais nous éliminons de suite la vue et le sens de l'espace que nous n'avons pas vus troublés chez nos malades.

Nous ne saurions davantage incriminer les centres inférieurs (*mémoire organique* de Charcot), ni ceux du polygone de M. le professeur Grasset, en supposant qu'il y ait là un autre centre coordinateur automatique de relai, ni les centres sensitivo-moteurs de la région de Rolando (*mémoire psychologique* de Charcot) puisque nos basophobes peuvent et savent marcher ainsi que la plupart

1. Paul Blocq, *Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses*, page 2.

d'entre eux le démontrent lorsqu'ils sont distraits et s'abandonnent à leur automatisme.

Si donc nous ne pouvons trouver l'explication des troubles ni dans les centres médullaires, ni dans les centres thalamiques, ni dans les centres corticaux rolandiques, il nous faut nécessairement remonter au centre psychique supérieur, centre O de M. le professeur Grasset (1).

Ce centre ou plutôt cet ensemble de centres placé au-dessus de tous les autres, subit l'action de tous les autres et simultanément réagit sur eux tous. De lui dépendent cet ensemble de facultés et de sentiments que l'on désigne sous le nom d'âme (2), sur l'importance de laquelle il n'y a pas lieu d'insister. Toutefois nous devons faire immédiatement remarquer que si ce centre est le grand agent de l'ordre, de l'équilibre et de l'harmonie de l'organisme, il est aussi très souvent un grand facteur de désordre et de troubles, comme les philosophes l'ont toujours enseigné et comme les cliniciens l'ont surabondamment démontré d'après les deux grandes névroses, hystérique et neurasthénique.

Mais puisque la cause de la staso-basophobie est dans ce centre, elle doit consister dans une lésion en foyer ou dans un trouble fonctionnel.

Or elle ne peut être dans une lésion en foyer puisque

1. V. Grasset. *Leçons de clinique médicale*, t. III, 1898, p. 122, et *Anatomie clinique des centres nerveux*, p. 6.

2. Entendue au sens positiviste d'Aug. Comte, « conservant ce terme précieux pour désigner l'ensemble des fonctions intellectuelles et morales, sans aucune allusion à l'entité correspondante ». (*Catéchisme positiviste*, 3^e éd. p. 70).

la basophobie peut guérir radicalement, puisqu'elle n'est pas toujours continue ni invariable dans son intensité, puisqu'enfin elle peut disparaître brusquement comme dans la distraction où sous l'influence d'une cause purement morale.

La cause de la staso-basophobie doit donc être attribuée à un trouble fonctionnel.

Or le fonctionnement du centre O se présente sous un double aspect, d'abord sous l'aspect à lui propre d'idées et de sentiments plus ou moins conscients, ensuite, comme les autres centres inférieurs, sous le simple aspect de l'étendue et du mouvement.

Il nous faudra donc chercher la cause de la staso-basophobie dans ces deux modalités concomitantes du centre O : la pensée et le mouvement, comme dirait Spinoza. Nous nous attacherons surtout à envisager la question sous cet aspect de la pensée, le seul qui, dans l'état actuel de la science, nous soit accessible.

Or, sous cet aspect, nous avons vu, au chapitre des symptômes, que le symptôme psychique constant et pathognomonique du syndrome est l'idée fixe et obsédante de l'impossibilité de la marche. Nous avons vu en même temps que cette idée n'est pas une idée abstraite, mais un phénomène psychologique concret, comprenant non seulement un souvenir persistant, mais les émotions et les réactions diverses que ces émotions diverses entraînent après elles (1).

1. Mais, d'après nous, ce qui domine dans l'obsession basophobique c'est l'idée. Nous suivons ici l'opinion de Westphal plutôt que celle de Morel. Pour Morel en effet, l'obsession est un trouble es-

Le sujet est persuadé qu'il ne peut pas marcher, qu'il ne va pas pouvoir marcher, en même temps il s'émeut, il se trouble et il réalise son impotence.

Telle est l'opinion de M. Binswanger qui fait rentrer les trois observations qu'il rapporte dans le grand domaine des obsessions (*Zwangsvorstellungen*), celles-ci n'étant d'ailleurs, dit-il, que symptômes de l'hystérie, car, dans ces deux ordres d'affections, l'imagination a une grande influence sur les actes du corps et réciproquement.

Telle est aussi l'opinion de M. Régis qui fait de l'anastasia et de l'anabasia une variété d'obsessions, les *obsessions-aboulques*, comme il les appelle. Le même auteur range l'agoraphobie dans ce qu'il appelle les *obsessions-craintes* (1).

Dans ses leçons à la Salpêtrière, M. Séglas dit partager l'opinion de M. Régis. Le syndrome astasie-abasie

sentiellement émotif, tellement émotif qu'il en localise le point de départ, non dans le cerveau, mais dans le système nerveux ganglionnaire, viscéral, source supposée des émotions. Pour Westphal, au contraire, l'obsession est un trouble avant tout intellectuel, dont l'élément idéatif est le symptôme principal. Quant à l'élément émotif, il est secondaire et provoqué par l'idée obsédante, dont il représente une simple réaction.

1. Régis, *Les neurasthénies psychiques*, in *Journal de médecine de Bordeaux* 1891. Voir aussi, du même auteur, *Manuel pratique de médecine mentale*, 2^e édition.

Au Congrès de Moscou, 1897, MM. Pitres et Régis ont précisé davantage encore cette manière de voir en rangeant le syndrome actuel dans la catégorie des « Etats obsédants avec anxiété systématisée ou monophobique ».

émotive, dit-il, a « un aspect clinique absolument comparable à celui des *idées obsédantes*, des *delires émotifs* ». Il s'agit là, dit-il encore, « d'une concentration de l'attention involontaire sur l'idée pathologique empêchant l'exercice de l'attention volontaire dans d'autres directions, par une sorte d'aboulie fréquente chez les obsédés (1). »

M. Blocq (2) et M. Pierre Janet (3) se rallient également à l'opinion de M. Régis, dans les mêmes termes que M. Séglas.

M. Grasset, à propos de son malade, s'exprime ainsi : « Si le malade ne marche pas à certains moments, c'est par appréhension : l'idée qu'il marche mal, qu'il ne peut pas marcher, qu'il ne marchera pas, s'est peu à peu implantée dans son cerveau. Cette idée prend plus d'importance quand il se sent regardé.... Cette idée fixe rentre du reste dans celles que Janet appelle *subconscientes*. Le malade ne s'en rend pas compte, mais il s'auto-sugère son impotence et son impotence devient réelle ».

M. Mirallié observe également que son malade « est convaincu qu'il ne guérira jamais ».

De même le malade de M. Ladame, que nous revendiquons comme basophobe, « a l'auto-suggestion qu'il ne peut pas marcher.... Il va sans dire, ajoute M. Ladame, que tant que le malade sera sous l'empire de cette suggestion, il ne pourra pas marcher ».

1. Séglas. *Leçons cliniques* (1887-1891), leçons sur *l'astasia et l'abasia émotives* et sur *l'obsession*.

2. Blocq. *Troubles de la marche*, p. 65.

3. Janet. *Accidents mentaux*, p. 106.

Parlerons-nous d'un malade de Charcot qui, comme le précédent malade, nous paraît aussi un basophobe avant la basophobie ? Il s'agit de ce malade qui fait l'objet de la 16^e leçon des *Leçons du Mardi* 1888-89. A la suite de brûlures sur les jambes et à la vue des pansements qui les recouvraient, « il lui vient dans l'esprit que peut-être il en avait pour toute la vie et qu'il était fortement menacé de ne plus pouvoir marcher. » J'avais la tête très faible, dit le malade, et nuit et jour j'étais obsédé par cette idée que ne pourrais plus marcher. C'était devenu une idée fixe ». Effectivement, à la suite de « ses mauvaises idées », comme il les appelait, ce malade devint abasique, éprouvant une « grande émotion » à cause de cette impossibilité de marcher. Et Charcot terminait ainsi sa leçon : « Je n'ai voulu rien omettre.... J'ai voulu vous mettre à même d'apercevoir par vous-même le côté éminent qu'a dû jouer l'élément « psychique », dans le développement des symptômes abasiques ».

Nous savons d'ailleurs combien souvent, à propos de cas plus ou moins analogues, Charcot parlait de ces idées fixes s'implantant dans l'esprit du malade « à la manière d'un parasite ».

Les auteurs admettent donc à la base psychique du syndrome basophobique des idées particulières et persistantes qu'ils appellent idées fixes, idées obsédantes, obsessions abouliques, représentations angoissantes, délires émotifs, idées subconscientes, etc., et qui ont toutes rapport à l'impossibilité de la marche et de la station.

D'ailleurs, dit encore M. Pierre Janet, « le membre n'est pas entièrement paralysé d'une manière brutale ;

c'est une fonction et surtout une fonction délicate du membre qui se sépare des autres. Il y a là une distinction délicate qui éveille l'idée d'un choix, d'une pensée, plutôt que d'une lésion grossière de l'organisme » (1).

Et, un peu plus loin (2), M. Janet ajoute : « Cette idée fixe donne aux paralysies leur aspect systématique ». Quel phénomène, en effet, sinon une idée pourrait déterminer cette singulière et curieuse paralysie qui, dans les membres inférieurs, se limite juste aux fonctions de la station debout et de la marche ?

III. — Maintenant, que des paralysies dépendant d'une idée soient possibles, c'est ce qui a été surabondamment prouvé par Charcot dans ses leçons de 1884-85 sur les accidents traumatiques des hystériques, notamment sur certains cas de monoplégie brachiale. Charcot montra alors que, pour expliquer toutes ces paralysies, il fallait laisser de côté toutes les lésions grossières des nerfs périphériques, de la moelle ou de l'encéphale. Une seule supposition lui semblait rester possible, celle qui avait été indiquée par Brodie en 1837 et surtout par Russel Reynolds en 1869 (3). « Il s'agit probablement, disait Charcot, d'une de ces modifications transitoires des cellules de l'écorce cérébrale qui se manifestent sous la

1. Pierre Janet. *Accidents mentaux*, page 110.

2. Pierre Janet. *Accidents mentaux*, page 129.

3. Russel Reynolds. *Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation dependent of idea*, 1869.

forme d'un trouble psychologique. Ce sont des paralysies qui dépendent des idées « *dependent of idea* ».

Beaucoup d'auteurs, en France et à l'étranger, et en particulier Mœbius et Strümpell ont adopté cette conception des accidents hystériques et ont été jusqu'à déclarer que l'on peut considérer comme hystériques toutes les modifications malades du corps qui sont causées par des représentations, « *durch Vorstellungen* ».

Mais aujourd'hui si la théorie des paralysies dépendant d'une idée est universellement admise, on admet aussi que de telles paralysies ne se rencontrent pas seulement dans l'hystérie, dans l'hystéro-neurasthénie, mais aussi dans la neurasthénie.

IV. — Et ainsi l'existence d'idées fixes ou obsédantes ayant été reconnue chez nos malades, le pouvoir de ces idées étant bien établi, il nous reste à nous demander non seulement comment elles peuvent naître dans l'esprit du basophobe mais encore comment elles peuvent s'y maintenir et s'y fixer.

Or les idées du basophobe naissent comme naissent les idées fixes quelconques et même comme naissent nos idées normales.

Elles sont le résultat d'un objet sur un sujet donné.

L'objet, le monde extérieur est le même pour le malade et pour l'homme sain.

Mais le malade hystérique, neurasthénique, névropathe ou simple débile, n'est pas le même que l'homme normal. En ce qui concerne le basophobe en particulier, il a tout un état sensitif, mental et moral qui le prédispose à la basophobie,

D'abord l'état de la sensibilité est généralement profondément modifié.

Chez les tabétiques il est très altéré. Ces malades ont de la diplopie, une amblyopie généralement progressive, du retard de la sensibilité. La sensibilité cutanée et la kinesthésie qui ont une telle importance pour la marche et la coordination des mouvements sont particulièrement altérées. De là l'ataxie, l'effondrement.

Le simple neurasthénique n'a aucun de ces troubles, mais il est, d'après la définition même de sa névrose, dans un état de faiblesse irritable, c'est-à-dire, dans un état d'hypéresthésie telle qu'il éprouve des sensations douloureuses pour les moindres mouvements. De plus il a de l'amyosthénie.

De même notre débile (observ. XI), après ses accès rhumatoïdes et son long repos au lit a éprouvé en se levant des sensations auxquelles il n'était pas habitué et notamment une sensation de faiblesse très explicable par le repos.

Or ces sensations aboutissent dans une intelligence elle aussi plus ou moins altérée et affaiblie. Arrivées là, elles sont nécessairement mal interprétées, dans le sens de la paralysie, et le malade réalise ainsi une véritable impotence.

Ainsi donc sensations spéciales chez les malades et élaboration intellectuelle de ces sensations, telles sont les origines de ces idées fixes.

C'est là l'opinion qu'exprime d'abord M. Binswanger en disant que les sentiments pathologiques des organes entretiennent l'idée hypochondrique ou encore que des

causes bien définies forcent la pensée de s'occuper exclusivement de l'impotence figurée motrice et statique.

On peut, dit-il encore, se représenter cette pathogénie selon le « Pathema », Leidenschaft, de Spinoza, et à la manière des « Intentions Psychosen » de L. Mayer par un procès pathologique assez compliqué se démontrant par des faiblesses, par des vertiges, etc. M. Binswanger revient donc à Spinoza pour expliquer l'obsession dont souffriraient les malades, la façon de penser de ces malades subirait l'influence décidée de leurs idées mélancoliques entretenues par leurs organes souffrants.

A la suite de M. le professeur Pierret et du Dr Rougier (1), M. Parisot insiste pareillement sur le rôle de la sensibilité dans les opérations psychiques chez les tabétiques dont les extrémités nerveuses et les centres ganglionnaires ont été intéressés et il pense que leur délire mélancolique est précisément fondé sur les aberrations des opérations sensitives, conformément à la maxime aristotélique : *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu*.

Le rappel de cette maxime est certainement très légitime ici, à la condition toutefois d'y ajouter le correctif de Leibnitz : *nisi ipse intellectus*. *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu, nisi ipse intellectus*. En effet, tous les tabétiques éprouvent les mêmes sensations, mais tous ne font pas de la basophobie.

Il faut donc, pour engendrer la phobie, outre les sen-

1. Rougier. *Lypémanie et délire de persécution chez les tabétiques*, thèse de Lyon, 1882.

sations, une prédisposition intellectuelle spéciale, *ipse intellectus*.

M. Parisot analyse d'ailleurs très bien ces sensations et l'état mental des tabétiques : « Le tabétique, dit-il, à des perceptions erronées ou incomplètes, trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister. La diminution de la sensibilité plantaire, par exemple, lui interdit de se rendre un compte exact de la nature du sol qu'il foule, souvent il a perdu la notion de position qu'occupent ses membres inférieurs, et le degré de contraction de ses muscles, leur condition, comme dit Duchenne, lui échappe. Ces perceptions atténuées ou fausses, tributaires des troubles des sensibilités cutanées, articulaires, dépendent de lésions organiques bien étudiées, qu'elles soient spinales ou névritiques. La vue de sa propre incoordination, la constatation quelquefois de l'effondrement subit de ses jambes, enfin ses sensations vertigineuses multiples concourent à faire germer dans le cerveau du tabétique un *doute* sur la sécurité que lui offre la station debout ou la marche, et ainsi se développe en lui l'idée de la possibilité d'une chute. Il la craint cette chute, et rien malheureusement dans ses sensations n'est capable de lui rendre confiance, bien au contraire ! Il a beau chercher à lutter contre la peur qui l'envahit, il ne trouve pas en lui de quoi soutenir cette lutte, sa volonté devient défaillante et la peur de tomber en marchant, la basophobie, s'installe en maîtresse dans son cerveau ».

M. Parisot rappelle également le travail dans lequel Hirschberg signale les idées d'obsessions qui, sous forme de différentes phobies, s'observent fréquemment chez les

tabétiques. Puis il ajoute : « Pour moi il ne s'agit pas ici d'une phobie quelconque développée chez un neurasthénique tabétique, mais j'aperçois un rapport très direct entre l'expression clinique de cette phobie et l'ataxie elle-même ; l'une est engendrée par l'autre sans lui être toutefois personnelle ; ce sont précisément les sensations liées aux troubles moteurs, qui créent, dans le cerveau du malade, la basophobie ».

Dans son ouvrage sur *les Peurs maladives* et sous le titre de : « *Pathophobie chez les ataxiques*, » M. le Dr Gélinau exprime une idée analogue : « Au bout d'un certain temps de maladie et en s'apercevant de la marche lente et implacablement progressive de la maladie, en voyant leurs muscles impuissants à les soutenir, à leur obéir dans les actes les plus essentiels de la vie, en sentant plus tard des mouvements désordonnés se manifester sans qu'ils puissent les réprimer, les ataxiques sont assombris par de l'inquiétude et des idées noires sans cesse grandissantes. Ils deviennent craintifs... En un mot, ce sont sur la fin de véritables *Pathophobes* et de l'espèce la plus fâcheuse, parce que ce courant d'idées tristes aggrave encore l'état déjà si misérable de ces infortunés et que cette préoccupation et la conscience de leur impuissance mettent de plus en plus obstacle au bon fonctionnement et à la coordination de leurs mouvements » (1).

D'ailleurs cette théorie de l'élaboration intellectuelle de l'obsession basophobique d'après des sensations don-

1. Gélinau. *Des Peurs maladives ou Phobies*, p. 132.

nées est, au fond, la même théorie que Charcot exprimait si souvent à propos des paralysies hystéro-traumatiques. En effet ces paralysies succèdent rarement d'une façon immédiate au traumatisme. Mais le plus souvent elles sont précédées, dit Charcot, par une période de méditation, de *rumination inconsciente*, comme disait Schopenhauer, pendant laquelle le malade médite sa paralysie et élabore son idée fixe plus ou moins consciente.

Mais qu'il s'agisse d'un traumatisme violent suivi d'ailleurs de sensations particulières analysées par Charcot, ou qu'il s'agisse d'une série de sensations telles que celles éprouvées par le tabétique, il y a, dans les deux cas et dans tous les cas, une matière donnée sur laquelle médite l'esprit de l'hystérique, du neurasthénique, du simple névropathe et du débile. Et de cette méditation, d'après une même loi commune à tous les cas, — car la nature suit toujours les mêmes voies — sort l'idée fixe, la phobie.

V. — Toutefois si l'état de la sensibilité et de l'intelligence suffit pour expliquer l'origine de la basophobie, il ne suffit pas, à notre avis, pour en expliquer la permanence et la fixité. D'après nos observations personnelles nous croyons qu'il faut remonter jusqu'au caractère intime de l'individu et même jusqu'à l'organisation sociale.

En effet, « il faut, dit Michelet cité par M. Féré (1), que la médecine devienne une justice et une morale, c'est-à-dire que le médecin juge intelligent de la vie intime, entre dans l'examen des causes morales qui amènent le mal

1. Féré. *Sensation et mouvement*, (Avant-propos).

Delarue

physique et ose aller à la source, la réforme des habitudes d'où procèdent les maladies. »

Au point de vue du caractère ce qui nous a le plus frappé chez quelques malades, notamment chez L. (observ. XI), c'est une prépondérance nous dirions presque monstrueuse de l'égoïsme sur l'altruisme. Ils ne sont occupés que de leurs souffrances réelles ou imaginaires et y subordonnent tout. Ils n'ont d'ailleurs conservé des instincts égoïstes que les instincts les plus bas, l'instinct de la conservation. Or c'est là l'instinct le moins expansif, celui qui porte le moins à l'action, à la marche. C'est avec l'instinct sexuel le seul mobile de « beaucoup d'animaux féroces que l'on voit, dit Auguste Comte, sauf pendant quelques rapprochements passagers, flotter ordinairement entre une activité déréglée et une ignoble torpeur, faute de trouver au dehors les principaux mobiles de leur conduite ». (1) Mais nos malades n'ont même plus l'instinct sexuel qui pourrait peut-être autrement leur donner non seulement des pieds, mais des ailes. Ils n'ont plus que l'instinct de conservation lequel trouve d'ailleurs une satisfaction suffisante dans le dévouement d'une famille inintelligente ou dans l'hospitalisation publique.

Telle nous paraît être l'idée développée par le D^r Audifrent (de Marseille).

En effet, d'après la « *Classification positive des fonctions du cerveau* (2) », de son maître Auguste Comte, il voit dans les « mouvements retenus », ainsi qu'il désigne

1. Auguste Comte *Catéchisme positiviste* 3^e édit. p. 70.

2. A. Comte. *Politique positive*, I, p. 726, et *Catéchisme*, p. 232.

notre syndrome, comme dans les « mouvements de recul » (1) et dans « l'agoraphobie » une « prépondérance de l'organe de la prudence ». Il les range d'ailleurs parmi « les symptômes de la folie, symptômes spéciaux relatifs à l'activité (2) ».

« Il n'est personne d'entre nous, dit-il, qui n'ait vu, dans nos asiles ou dans le monde, des malades que l'on invite à marcher et qui s'arrêtent brusquement se refusant à aller plus loin, à franchir le seuil d'une porte. D'autres ont parfois des mouvements de recul inexplicable et sont parfois saisis de frayeur. Sous le vocable d'*agoraphobie*, on a désigné une disposition malade propre à certains sujets qui se troublent à la vue d'un grand espace étendu devant eux; hésitent à le traverser ou font un long détour pour l'éviter.

« Je n'hésite pas à attribuer toutes ces particularités

1. Rétropulsion dans la paralysie agitante.

2. D^r Audiffrent. *Folie, aliénation mentale et criminalité*, brochure, page 28.

Les troubles psychiques désignés sous le nom d'idées fixes, d'obsessions, ont pendant longtemps été confondus, sans description particulière, dans les folies dites : manie sans délire (Pinel); monomanie (Esquirol, Marc, Georget), folie lucide (Trélat), et, plus récemment encore, certains auteurs les ont rangés dans la folie avec conscience (J. Falret, Baillargèr, Ritti), la paranoïa rudimentaire (Arndt; Morrelli); la monomanie abortive (Spitzka), etc. D'ailleurs, si comme Aug. Comte, nous définissons la folie « un excès de subjectivité suscitée par la prépondérance d'un sentiment qui a compromis toute harmonie cérébrale, en rendant impossible le contrôle de la méditation sur la contemplation », on voit immédiatement que la basophobie rentre dans cette définition.

maladives à une prudence exagérée que pourra éveiller telle ou telle préoccupation ou qui se manifestera spontanément.

« Les dispositions à la prudence, surtout quand elles sont prononcées, sont l'indice d'une certaine personnalité en général peu élevée. Nous avons dit que la région de l'activité reste sous la dépendance de nos mobiles affectifs ; par réaction, cette même région de l'activité peut tenir en éveil ces mêmes mobiles. Dans le cas qui nous occupe, nous supposerons l'instinct le plus personnel du cerveau, l'instinct conservateur dans une intimité plus ou moins prononcée avec celui de la prudence. Que se passe-t-il alors chez ceux en qui l'on constate un excès de circonspection ? C'est qu'un mouvement commencé, sous la stimulation d'une passion quelconque, pourra être retenu, arrêté même, par l'éveil de tout autre mobile, de l'instinct conservateur par exemple, vu ses dispositions plus ou moins prononcées à la circonspection. Voilà, selon nous, comment l'organe de la prudence peut concourir par le trouble qu'il peut apporter dans le concert affectif à arrêter ou contenir un mouvement commencé sous une impulsion quelconque.

« Toutes les résistances au mouvement, tous les mouvements de recul que nous avons signalés chez certains malades, aussi bien que le curieux état qualifié d'agoraphobie, resteront sous la dépendance d'une disposition plus ou moins prononcée à la prudence propre à ces malades » (1).

1. D^r Audiffrent, *op. cit.*, pages 21 et 22.

Cette conception du Dr Audiffrent rentre d'ailleurs dans la conception plus générale encore de son maître divisant les maladies en *égoïstes* et en *altruistes*. En effet, écrit Auguste Comte, « puisque la région affective (penchants égoïstes et penchants altruistes) domine dans l'état normal, elle doit surtout prévaloir envers ses perturbations, d'autant plus que son exercice est seul continu... Il faut donc surtout rapporter les maladies au sentiment dont l'intelligence et l'activité ne sont que les ministres généraux, dépourvus d'ailleurs de relations directes avec la vie végétative.

« On est ainsi conduit à distinguer d'abord les maladies en égoïstes et altruistes, comme les moteurs affectifs. Quoique les unes et les autres puissent avoir lieu par excès ou par défaut, le premier cas appartient surtout aux premières, et le second aux secondes. Un insuffisant essor de l'altruisme constitue la source secrète d'une foule de perturbations radicalement méconnues » (1).

Une telle conception ne paraît point sans doute s'appliquer à toutes les observations que nous rapportons. Mais peu insistent sur le côté moral des malades. On oublie trop le précepte de Michelet que M. Féré, par sa situation bon juge en pareille matière, ne se fait point faute de rappeler.

Pour nous, en laissant de côté nos tabétiques, nous avons été frappé par l'égoïsme de nos malades ou, si l'on veut, par la prépondérance de l'organe de la prudence ou

1. Auguste Comte, *Correspondance pathologique*, in Dr Audiffrent, *Appel aux Médecins*, Paris, 1862, p. 174, et in Dr Robinet, *Notice sur l'Œuvre et la Vie d'Auguste Comte*, 3^e édit., page 541.

de l'instinct conservateur. L... surtout est typique à cet égard. Evidemment, s'il eût été moins occupé de sa pauvre personnalité, si un peu d'altruisme l'eût échauffé, il n'aurait point traîné ainsi misérable. Même ignorant comme il l'est, le cœur lui aurait donné des raisons qu'il n'était pas impotent et qu'il pouvait marcher. *Amans volat, currit*, dit l'auteur de *l'Imitation*, dont Auguste Comte, à la fin, avait fait son livre de chevet, bien plus en positiviste qu'en mystique.

VI. — Toutefois l'individu n'est pas seul en cause. Suivant une autre remarque d'Auguste Comte, il faut encore tenir compte dans les maladies du milieu social. Or, si le milieu social actuel était moins oppressif pour le vieux prolétaire, peut-être ce dernier serait-il assez excité dans son égoïsme pour désirer encore une certaine activité, compatible avec son état, et pour ne pas transformer un vulgaire accident rhumatoïde aigu en une basophilie chronique.

D'ailleurs cette conception du fondateur de la sociologie est d'accord avec la clinique. En effet, Charcot lui-même insistait sur la gravité du pronostic, dans la classe ouvrière, des affections nerveuses sans substratum organique, la neurasthénie et l'hystérie. Elles se montrent, disait-il, chez les ouvriers, « plus graves et plus tenaces que chez les sujets délicats et impressionnables des classes lettrées... Il est parfaitement avéré que ces mêmes affections, du moins dans les villes, s'observent sur une grande échelle chez les prolétaires, les artisans les moins favorisés par le sort, ceux qui ne connaissent guère que le labeur physique. On ne saurait oublier d'ailleurs qu'en

somme leur constitution psychique est la même, et que, comme d'autres, plus même peut-être, ils sont soumis aux conséquences des perturbations morales pénibles, de l'anxiété qui s'attache aux difficultés de la vie.... » (1).

VII. — Après avoir ainsi envisagé notre syndrome sous l'aspect psychique de la pensée, pouvons-nous maintenant le concevoir sous l'aspect de l'étendue et du mouvement, dans le substratum qui le supporte, l'encéphale ?

C'est ce que vient de tenter, il nous semble, le professeur Grasset dans un travail tout récent sur le vertige (2).

Mais si, en ce qui concerne le vertige d'origine périphérique externe, nous suivons assez bien anatomiquement l'arc réflexe qui l'engendre, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit du vertige central et en particulier, du vertige central cérébral. Ce vertige, dit justement M. Grasset, est plutôt périphérique, lui aussi, parce que le vrai centre générateur du vertige étant le polygone, l'écorce cérébrale ne produit ce symptôme qu'en provoquant le polygone, à la façon d'une excitation périphérique, alors non plus externe, mais interne. A cette catégorie nous rapportons le vertige des épilep-

1. Charcot. *Policlinique*, 1888, pages 256 et 261.

2. Grasset. *Le Vertige, étude physiopathologique de la fonction d'orientation et d'équilibre* (*Revue philosophique*, mars et avril 1901), et *Diagnostic des maladies de l'encéphale*, Paris, 1901, p. 44 et suiv.

M. Grasset annonce la publication prochaine d'un ouvrage sur les *Maladies de l'Orientation et de l'Équilibre*.

tiques, des hystériques, des neurasthéniques, des psychiques, et aussi le vertige par suggestion ou auto-suggestion.

Le sujet qui peut, en y pensant fortement, se donner un vertige avec nausées, a évidemment un polygone disposé à se déclancher facilement.

Mais si nous pouvons donner à ce vertige les mêmes voies centrifuges qu'au vertige d'origine périphérique externe, où sont ici les voies centripètes atteignant le polygone et y déterminant le vertige? Nous posons la même question pour la basophobie qui elle aussi, comme le vertige, est, suivant M. Grasset, un symptôme du syndrome de l'appareil encéphalique de l'orientation et de l'équilibre. Sans doute ces voies centripètes partent de l'écorce cérébrale, mais de quel point? Nous l'ignorons.

M. Grasset rapporte que Cénas a observé un cas d'astasia-abasia produit par une méningite alcoolique avec ostéome de la faux comprimant le lobule para-central droit (lésion surtout irritative).

Ceci tendrait à établir en cet endroit, du moins en partie et comme on pouvait facilement le prévoir, le siège du trouble fonctionnel dans l'astasia-abasia de Charcot. Mais la basophobie n'est pas, comme cette dernière, un trouble fonctionnel primitif, mais un trouble secondaire à un autre trouble dans les idées, les sentiments et les instincts, dont il faudrait dès lors pouvoir déterminer le siège...

Si nous passons ensuite aux mouvements supposés des neurones correspondants aux processus psychiques, nous sommes de plus en plus en pleine hypothèse. Les uns

parlant d'inhibition, nous pouvons supposer des neurones psychiques inhibiteurs agissant sur les centres corticaux rolandiques, à la manière des nerfs d'arrêt tels que le pneumogastrique. Les autres parlant de dissociation, de désagrégation, d'asynthèse, nous pouvons aussi supposer une asynarthrie des neurones psychiques avec les neurones rolandiques, par rétraction des fibres terminales du cylindraxe et des prolongement dendritiques amœboïdes, à la manière du fonctionnement des neurones dans la théorie histologique du sommeil de M. Mathias Duval. Nous pouvons aussi supposer que ces troubles sont entretenus par l'état d'anémie, puis de congestion qu'il est raisonnable de supposer dans le cerveau, puisque que nous constatons sur le sujet des alternatives de pâleur et de rougeur et puisque les cliniciens admettent des vertiges par anémie et par congestion. Toutes ces hypothèses sont positives puisqu'elles sont assez d'accord avec l'ensemble des renseignements obtenus et acquis, mais pourtant, au fond, ce ne sont que des hypothèses et nous ignorons.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Les principaux symptômes de la staso-basophobie sont :

1° Une paralysie systématisée à la marche et à la station debout, en contradiction avec l'état statique et dynamique des membres ;

2° L'idée chez le malade qu'il ne peut pas ou qu'il ne va pas pouvoir marcher ;

3° La peur, l'anxiété ou l'angoisse accompagnant cette idée.

A ces trois caractères dont les deux derniers sont pathognomoniques s'ajoutent des symptômes concomitants des tentatives de marche et de station. Ce sont, dans presque tous les cas, la pâleur, puis la rougeur, des sueurs, des tremblements, la dyspnée, l'accélération du pouls et enfin assez souvent le vertige.

Ces divers signes suffisent pour différencier la basophobie et en faire un syndrome nettement autonome et distinct, ne pouvant être confondu avec aucun des autres troubles de la marche qui lui ressemblent plus ou moins.

Toutefois le diagnostic n'est pas sans offrir quelques difficultés. Nombreux, en effet, sont les troubles de la

motricité inférieure pouvant être confondus avec l'un quelconque des types, variétés et formes de la staso-basophobie.

Ainsi la forme simple continue pourra être confondue avec la paraplégie organique ou hystérique, l'astasié-abasie continue, l'akinesia algera, l'asthénie neuro-musculaire.

La variété par accès pourra être confondue avec l'astasié-abasie par accès, l'agoraphobie, la dysbasie aboulitique, ces deux syndromes étant d'ailleurs proches parents de la staso-basophobie, la crampe des marcheurs, la claudication intermittente, la méralgie paresthésique et la maladie de Thomsen.

Le type spasmodique avec les divers variétés de paraplégie spasmodique, la maladie de Friedreich, etc.

Le type ataxique avec le tabès, l'ataxie cérébelleuse, l'ataxie hystérique.

Enfin, dans la forme associée, il faudra distinguer nettement le syndrome basophobique des troubles moteurs relevant de la lésion organique.

On ajoutera un dernier mot sur la simulation naturellement possible.

§ 1. — FORME SIMPLE CONTINUE.

I. — Elle pourra d'abord être confondue avec la *paraplégie*. C'est, en effet, dans son ouvrage sur les *Paraplégies et l'ataxie du mouvement* (1), que le professeur

1. page 653.

Jaccoud distingue le syndrome appelé plus tard astasie-abasie. Après lui, Charcot et Blocq ont tellement insisté sur le diagnostic de ce syndrome par rapport aux paraplégies qu'il est connu de tous.

La variété basophobique ne différant pas, au point de vue physique, de la variété abasique, la distinction valable pour celle-ci est valable pour celle-là. Il suffit d'ailleurs de se reporter à notre symptomatologie. N'oublions pas cependant que la confusion a été faite, ainsi qu'en témoignent les observations de MM. Rendu et Dupré de deux basophobes qui furent transportés à l'hôpital « comme paraplégiques ».

II. — Mais, parmi tous les troubles de la marche et de la station debout, celui qui ressemble le plus à la staso-basophobie continue est sans contredit *l'astasie-abasie continue*. Dans les deux syndromes, en effet, on trouve constamment le même symptôme d'impotence contrastant avec l'état statique et dynamique des membres. Dans le décubitus et dans son fauteuil l'abasique se présente de la même façon que le basophobe. Comme ce dernier, il exécutera les mouvements commandés avec la même force et la même coordination. Moins encore que le basophobe, l'abasique n'offre aucune lésion organique, aucun trouble des réflexes ou de la sensibilité suffisante pour expliquer son impotence.

Mais si les principaux symptômes somatiques sont les mêmes dans les deux syndromes, on constate immédiatement dans la staso-basophobie, au point de vue psychique, un symptôme qui n'existe pas dans l'astasie-abasie, à savoir une idée phobique.

Notre syndrome est une *Schrecklähmung* (Binswanger), une *astasie-abasie émotive* (Séglas), une *stasophobie* (Bouveret), une *staso-basophobie* (Debové et Boullouche).

L'abasique de Charcot n'a pas peur. Il ne peut plus ou plutôt il ne sait plus marcher. Nous avons déjà dit, en effet, que Charcot expliquait cet état par une amnésie spéciale des centre corticaux de la station et de la marche. Il coexistait le plus souvent avec l'hystérie où les amnésies sont si fréquentes et où le champ de la conscience est si souvent rétréci.

Ainsi amnésie d'un côté, peur de l'autre, tels sont les deux symptômes pathognomoniques qui différencient entre eux les deux syndromes.

De plus à chacun de ces symptômes s'ajoutent quelques particularités à la fois curieuses et logiques, contribuant à accentuer la physionomie propre de chaque syndrome.

C'est ainsi que l'abasique dont l'amnésie est localisée spécialement au centre de la marche normale pourra marcher non seulement à quatre pattes, mais à cloche-pied, sauter comme un pie, ou encore comme ce malade de Charcot, marcher d'une façon théâtrale. M. le Dr Grasset (de Riom) rapporte, à cet égard, une observation intéressante (1). Il s'agit d'un jeune garçon de 10 ans guéri de son astasie, mais resté abasique. Il lui était impossible de faire un pas de la façon normale. Livré à lui-même, il prenait à deux mains l'une des cuisses de façon

1. In *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France*, 10^e session tenue à Marseille, 1899, page 438.

à attirer le pied en avant, ainsi pour l'autre cuisse. Mais le procédé auquel il recourait de plus volontiers était « la marche à quatre pattes » ; il était ainsi d'une agilité peu commune et parcourait aisément toute la maison. Pour descendre l'escalier, il se plaçait à califourchon sur le garde-fou et se laissait glisser rapidement jusqu'en bas. Pour monter il s'asseyait sur une marche, et à l'aide des bras, montait le siège sur la marche supérieure, cela à reculons et avec une grande agilité.

Rien de tel chez le basophobe. Et cela se conçoit. Car qui craint de marcher normalement doit, à plus forte raison, craindre de marcher à cloche-pied ou de sauter comme une pie. Si dans un cas (observ. XI), et après un peu de suggestion, nous avons pu obtenir la marche à quatre pattes, cela n'est pas en contradiction avec la peur. Car cette façon de marcher offre évidemment plus de points d'appui et une plus large base de sustentation que la marche normale, donc moins de sujets de crainte.

Les auteurs ont aussi remarqué que l'abasique ne sait pas pourquoi il ne marche pas et, souvent même, en bon hystérique distrait, ne se soucie guère de son impotence. Il plane en quelque sorte au-dessus de son abasie. C'est pour ce motif qu'il présente, de l'avis de tous les auteurs, une si grande aptitude suggestive. Le basophobe continu ne sait pas non plus le plus souvent pourquoi il ne marche pas, mais il a l'idée fixe qu'il ne peut pas marcher, il n'est pas distrait, mais attentif jusqu'à l'obsession. Il concentre toutes ses facultés sur son état morbide et c'est pourquoi la suggestion est impuissante chez lui. C'est très rarement un hystérique, mais très souvent un neu-

rasthénique, et toujours un dégénéré émotif, apte aux phobies.

Aussi, tandis que l'astasia-abasie compte de nombreuses observations d'enfants et de jeunes gens, la basophobie ne compte-t-elle jusqu'ici, à notre connaissance, qu'un seul cas d'enfant, toutes les autres observations ayant trait à des adultes dont le moins âgé a trente-huit ans.

Ces différences relatives à l'âge et au terrain en amènent une autre relative au pronostic et à la guérison.

Le pronostic est bien plus favorable et la guérison bien plus facile dans le syndrome de Charcot et Blocq que dans celui de MM. Debove et Bouloche. Nombreuses, en effet, sont les observations d'abasiques guéris et, souvent de la façon la plus simple, par la suggestion à l'état de veille ou hypnotique.

Chez nos basophobes, au contraire, sur lesquels pèsent souvent à la fois, l'âge, l'hérédité, les antécédents personnels et la neurasthénie, les guérisons définitives sont rares et les améliorations même difficiles à obtenir et tout à fait instables.

MM. Weill et Jolly (1) ont signalé un procédé pour faire disparaître l'astasia-abasie et consistant dans la pression sur certaines régions du corps, notamment sur les épaules. Nous avons essayé ce procédé sur deux basophobes mais sans résultat.

Un certain nombre de malades atteints de staso-basophobie ne pouvaient pas en même temps s'asseoir dans

1. Weill *Archives de Neurologie* 1892. I. p. 89

Jolly. *Contribution à l'étude de l'astasia-abasie*, thèse de Lyon 1892, p. 23.

leur lit. On n'a rien observé de tel dans l'astisie-abasie.

Enfin les symptômes concomitants et si caractéristiques de la staso-basophobie tels que la pâleur, la rougeur, les sueurs, le tremblement, la dyspnée, l'accélération du pouls manquent dans l'astisie abasie.

Telles sont donc les principales différences entre les deux syndrômes.

Le professeur Binswanger a longuement critiqué (1) et les observations et la théorie de Charcot et Blocq. Ses trois observations étant des cas de basophobie, il veut établir que certains cas antérieurement observés avaient pareillement pour cause, chez des hypochondriaques, des obsessions relatives à l'impossibilité de la marche. En effet M. Binswanger n'accorde qu'à 3 des cas de Blocq (2) (observ. 3, 4, et 5) le droit d'entrer dans le cadre tracé par la définition de Charcot. Dans d'autres cas les troubles de la station et de la marche seraient secondaires à des anesthésies ou à des hyperesthésies et à la douleur. Enfin les cas restants sont rangés dans le grand domaine des obsessions « *Zwangsvorstellungen* » et parmi les affections hypochondriques, les sentiments pathologiques des organes entretenant l'idée hypochondrique.

Ainsi M. Binswanger ne nie ni le syndrome de Charcot et Blocq ni même la pathogénie. Il est d'avis, en effet, que la pathogénie proposée a l'avantage de tâcher d'expliquer par des désordres simples et faciles à contrôler, avec des limites nettement tranchées, des procès extraor-

1. *Op. cit.* in *Berl. Klin. Woch.*, 1891 n°s 20 et 21.

2. *Op. cit.* in *Archives de Neurologie* 1888, n°s 43 et 44.

dinairement difficiles et embrouillés de nature psychologique et pathologique. Cependant quand Blocq trouve une analogie avec l'agraphie, M. Binswanger est d'avis qu'il n'est pas question ici d'une non activité (Ausfall) de centres fonctionnels bien déterminés, mais que cette perte d'une fonction entière démontre plutôt des troubles spécifiques de l'association.

A notre avis, il doit exister un centre cortical spécial pour la marche et la station, et, bien que l'on ne conçoive pas facilement la non activité spéciale et plus ou moins isolée de ce centre, cependant, *à priori*, son non fonctionnement est possible, surtout chez des hystériques où le champ de conscience est presque toujours rétréci et l'activité limitée. Et alors ce non fonctionnement ou cette amnésie spéciale de la marche normale n'est pas plus singulière, en somme, que l'agraphie laquelle ne comporte pas l'oubli des autres mouvements du bras ou de la main. Elle n'est pas plus singulière non plus que l'oubli spécial d'une langue chez un polyglotte, etc.

Mais nous nous rangerions volontiers du côté de M. Binswanger pour faire rentrer un certain nombre d'astasies-abasies dans les basophobies. D'abord nous savons d'avance que la sensibilité en général et par suite l'émotion jouent un rôle prépondérant dans la vie normale comme dans la vie pathologique. Ensuite, en fait, nous trouvons souvent l'émotion au moins à l'origine de beaucoup de cas d'astasie-abasie.

Mais cette émotion ne semble plus exister lorsque, dans la suite, le malade doit se tenir debout ou marcher.

S'ensuit-il qu'elle n'existe pas ? Peut-être ici pourrait-

on faire intervenir la théorie des idées ou des sentiments subconscients de M. Pierre Janet (1). Et ainsi bien des cas d'astasia-abasia seraient d'ordre émotif d'après une idée phobique plus ou moins subconsciente. On sait comment M. Janet met en évidence, par le sommeil hypnotique, une idée subconsciente (2). Il nous semble que l'on pourrait recourir à ce procédé lorsqu'il y a doute sur la nature phobique de l'abasia.

Au point de vue thérapeutique, il y a d'ailleurs avantage à savoir si l'on doit agir sur l'amnésie ou sur un certain état émotif du sujet.

III. — A côté de cette astasia-abasia systématisée à la manche et à la station, existe une autre forme d'astasia-abasia « provenant, dit M. Ségla, de troubles intellectuels plus généraux ». Cette forme n'est plus « une systématisation, mais une résultante quelconque de l'atteinte des fonctions générales de l'intelligence ». Comme exemple M. Ségla cite une observation communiquée au Congrès de Rouen avec son interne, M. Sollier (3). « Il s'agissait d'un cas de folie puerpérale présentant comme fait saillant une amnésie prononcée très généralisée s'étendant non seulement au domaine des souvenirs conscients, mais encore à celui des actes automatiques, et, parmi ces derniers, la marche et la station debout ». En réalité il y avait ici une *akinésie amnésique*.

1. P. Janet. *Accidents mentaux*, p. 55 et 57. Voir aussi *Névrose et idées fixes*, tome 1^{er}.

2. *Accidents mentaux*, p. 58.

3. Ségla et Sollier. *Folie puerpérale, amnésie astasia et abasia*, (*Arch. de neurologie*, 1890, n° 60, p. 386).

que presque généralisée, s'étendant aussi aux membres supérieurs ; la malade ne savait plus coudre, etc.

Sans insister davantage sur ce cas très curieux, on voit de suite qu'il n'est pas possible, moins encore que l'abasia systématisée, de le confondre avec la staso-basophobie.

IV. — Dans l'*akinesia algera* de Mœbius il n'y a point paralysie. Le malade éprouve des douleurs plus ou moins généralisées et toujours exagérées par le mouvement. En conséquence il redoute de remuer et de marcher et il s'immobilise le plus possible du corps tout entier. Il est le plus souvent couché, mais il ne s' imagine point-être paralysé.

Cet état se montre toujours dans l'hystérie, coexistant avec les stigmates de la névrose et avec d'autres accidents. C'est parfois une forme d'hystérie monosymptomatique. On l'explique par l'existence de petites contractures partielles persistantes déterminant des douleurs au moindre mouvement, d'où l'immobilité du sujet. On fait ordinairement bien disparaître ces contractures par le massage.

V. — *Asthénie neuro-musculaire*. — On la rencontre surtout, dit Bouveret (1) dans la neurasthénie féminine, le plus souvent dans la pratique médicale de la ville, mais quelquefois aussi à l'hôpital. Ce sont « des femmes jeunes encore qui, depuis des années, se plaignent des souffrances les plus diverses, sans qu'on ait jamais pu découvrir une lésion organique. S'il existe une lésion de ce genre, elle est tout à fait hors de proportion avec les symptômes

1, Bouveret, *La Neurasthénie*, pages 205 et suiv.

nerveux observés. Ces femmes ont des douleurs dans le dos, à la nuque, dans les reins, dans les membres. Elles sont incapables de se livrer à quelque occupation sérieuse ; lire, écrire, coudre, faire quelques pas leur cause une fatigue énorme. Elles luttent un certain temps ou bien s'abandonnent promptement à leurs sensations pénibles ; elle se condamnent alors à *l'immobilité complète* et restent pendant des mois, jour et nuit, étendues dans leur lit ou sur une chaise longue. Quand la maladie a duré longtemps, elle s'accompagne, comme le fait remarquer justement M. Weir Mitchell, d'une sorte d'amoindrissement de la personnalité morale. La volonté s'affaiblit de jour en jour, et la patiente devient le jouet de ses moindres sensations. Elle recherche sans cesse la compassion d'autrui pour le moindre de ses maux. Parfois même elle semble s'abandonner à cet état d'alanguissement dont la longue habitude lui est devenue une seconde nature.

« M. Weir Mitchell a fort bien décrit cette sorte d'atmosphère morale qui s'établit autour de la patiente et qui se compose d'une part de l'amoindrissement de son énergie morale, d'autre part de la sympathie, de la tendresse exagérée de son entourage. C'est là un élément du tableau clinique qui ne doit pas échapper à la sagacité du médecin. Il faut en effet enlever la patiente à ce milieu doublement funeste, et la première indication à remplir c'est l'isolement ».

M. Bouveret ajoute ensuite qu'il n'a jamais vu jusqu'ici un homme neurasthénique dont l'asthénie motrice fut assez prononcée pour rester constamment étendu dans son lit ou sur une chaise longue.

Cet état se distingue donc du syndrome staso-basophobie en ce qu'il n'est pas accompagné de peur et d'angoisse, en ce qu'il est une inactivité complète, *une asthénie neuro-musculaire généralisée*, et ne porte pas seulement sur la fonction de la marche, en ce qu'il n'a été observé que sur des femmes, dans un milieu spécial de sympathie et de dévouement mal compris qui contribue à l'entretenir.

Toutefois, M. Bouveret fait justement observer que les malades passent facilement de cet état d'asthénie neuro-musculaire à une réelle basophobie. En effet, dit-il, « quelques-unes de ces femmes neurasthéniques restent indéfiniment couchées, non seulement parce que le peu de forces dont elles disposent est rapidement épuisé, mais aussi parce qu'elles ont un état mental très particulier. C'est une sorte de suggestion lentement développée, qui prend sa source dans quelques malaises ou quelques douleurs de peu de gravité du ventre ou des jambes, auto-suggestion grâce à laquelle s'établit peu à peu et bientôt règne en maîtresse dans un cerveau très affaibli, cette idée erronée que la marche et la station verticale sont la cause de toutes les souffrances ou même sont absolument impossibles. A un degré de plus, apparaît cette forme de l'anxiété neurasthénique que j'ai précédemment décrite, la peur de la station verticale. Toute tentative pour s'asseoir ou pour marcher, quelquefois même la seule pensée d'un de ces deux actes provoque l'état anxieux avec les plus caractéristiques de ses manifestations extérieures, telles que l'oppression, la faiblesse et l'accélération du pouls, le tremblement, le vertige.

§ 2. — VARIÉTÉ PAR ACCÈS.

I. -- La variété basophique par accès pourra être confondue avec la même variété abasique.

Mais l'abasia par accès paraît n'avoir été que très rarement observée jusqu'ici, si même elle a jamais été réellement observée en tant qu'abasia pure.

En effet, ce fut M. Thyssen qui, en 1891, désigna ainsi « astasie abasie par accès » (1) un cas observé l'année précédente par le Dr Ladame (de Genève) et que ce dernier avait désigné sous les noms « d'abasia-astasia sous formes d'attaques » ou « d'attaque abasique » (2).

Mais, en 1890, la distinction entre l'abasia et la basophobie, n'était pas encore bien établie et le cas de M. Ladame n'est, à notre avis, qu'un cas de basophobie par accès. On va d'ailleurs pouvoir en juger par l'observation de M. Ladame que nous résumerons ainsi :

Il s'agit d'un homme âgé de 54 ans, qui éprouve parfois des accès « de vertige avec angoisse, grande pâleur de la face et sentiment de défaillance, comme s'il allait mourir ». Depuis le premier accès de ce genre, il a conservé la *suggestion* de l'impossibilité de la marche ». Il *n'est plus*, dit-il, *le même* qu'autrefois. Les attaques arrivent généralement après quelques instants de marche. « Je fais marcher le malade devant moi, dit M. Ladame. Il va et vient quelque temps dans la chambre, puis sou-

1. Thyssen. *Sur l'astasia abasia* (Arch. de Neurologie, 1891, tome 24).

2. Ladame. Arch. de Neurologie, 1890, tome 19.

dain s'arrête, comme cloué sur place et trépignant sans pouvoir avancer. Au moment où il s'arrête en frappant des pieds le sol, il lève ses bras en l'air et renverse un peu la tête, comme s'il venait de recevoir un coup inattendu sur l'occiput. Aussitôt il cherche un siège, car, dit-il, s'il forçait et voulait continuer à se tenir debout, il ne tarderait pas à se laisser choir. S'il tente de marcher encore les pieds trépignent sans se détacher du sol comme si le malade était atteint de paraplégie spasmodique ». Le malade ne peut plus sortir qu'en voiture, les accès le prenant fréquemment dans la rue. Au moment de l'accès il devient très pâle.

Le malade écrit : « J'ai maigri un peu, mais je ne me sens point de progrès pour la marche, quoi qu'on s'y attendit et qu'on s'y attende encore ». « Remarquons ces derniers mots, dit justement M. Ladame, qui me paraissent caractéristique pour juger de l'état mental du malade. Ce n'est pas lui qui s'attend à une amélioration de sa marche. Il a l'auto-suggestion qu'il ne peut pas marcher. C'est son entourage qui compte sur cette amélioration. Il va sans dire que tant que le malade sera sous l'empire de cette suggestion il ne pourra pas marcher ».

Ainsi résumée cette observation nous montre un homme en proie, si l'on veut, à des attaques d'abasie, mais sous l'empire de l'auto-suggestion ou de l'idée émotive qu'il ne peut pas marcher, avec grande pâleur de la face, sentiment de défaillance.

Or il y a là un ensemble de symptômes que la plupart des auteurs ont cru devoir, depuis 1890, distinguer

de l'abasia de Charcot et Blocq, le désignant finalement sous le nom de staso-basophobie.

Ce n'est pas à dire toutefois que l'astasia-abasia par accès ne puisse pas exister. Elle nous paraît possible et peut-être l'observera-t-on ultérieurement. Mais, qu'il soit continu ou par accès, le syndrome abasique ne doit pas comprendre d'autres symptômes que ceux indiqués par Charcot.

II. — Mais il est un syndrome qui, de l'avis de presque tous les auteurs, offre d'incontestables ressemblances avec la staso-basophobie, c'est l'*agoraphobie*.

M. Séglas voit dans ces deux syndromes « deux angoisses semblables ». MM. Debove et Bouloche, dans leur première observation parlent « des liens intimes qui les unissent ». Dans leur deuxième observation : « La parenté de ces deux états névropathiques était, disent-ils, très évidente ». M. Grasset les rapproche généralement.

Il faut donc nous demander en quoi se ressemblent et en quoi diffèrent les deux syndromes.

Pour résoudre cette question, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire d'abord la magistrale et saisissante description que Legrand du Saulle nous donne de l'agoraphobie (1).

« La peur des espaces, dit-il, compatible d'ordinaire avec toutes les apparences de la plus robuste santé, se produit fréquemment au moment même où le névropathe quitte une rue et arrive à une place, et elle se traduit par une angoisse soudaine ou un serrement de cœur instan-

1. Legrand du Saulle, in *Gazette des Hôpitaux*, 1877 n° 123.

tané. Le malade en proie à une indéfinissable émotion, se trouve isolé du monde entier à l'aspect du vide qui s'offre à lui, et il s'épouvante sans mesure, malgré le peu de fondement de sa frayeur et malgré les plus sages et les plus tranquillisantes exhortations qu'il s'adresse spontanément à lui-même ; il se sent comme anéanti, n'ose pas descendre du trottoir sur la chaussée, ne fait un pas ni en avant ni en arrière, n'avance ni ne recule, tremble de tous ses membres, pâlit, frissonne, rougit, se couvre de sueur, s'alarme de plus en plus, se soutient à peine sur ses jambes chancelantes, et reste douloureusement convaincu qu'il ne pourra affronter ce vide, ce lieu désert, et traverser l'espace qui se présente. Que l'on vienne tout à coup à plonger son regard dans un gouffre profond, que l'on s'imagine être au-dessus d'un cratère brûlant, que l'on croit traverser le Niagara sur une corde rigide ou que l'on se sente rouler dans un précipice, et l'impression perçue ne pourra pas être plus pénible, plus terrifiante que celle qui est provoquée par la peur des espaces.

« Rien ne s'oppose cependant à la marche de cet homme affolé qui piétine sans faire de chemin. Ce qui le démontre, c'est que, pour mettre en fuite sa terreur, pour le rappeler à sa quiétude normale et lui restituer son courage, il suffit de la présence d'un compagnon, du bras d'un passant, de la main d'un enfant, de l'apparition d'une lueur de lanterne, de la rencontre d'une voiture, du secours possible d'une arme, de l'appui d'une canne et même de la possession d'un parapluie ! Que l'agoraphobe se rapproche des maisons, et il redevient vaillant ; qu'il s'engage

dans une rue étroite et il se rassénère aussitôt ; qu'il aborde une personne de sa connaissance, et il se rassure ; qu'il ne se sente plus seul et il reprend de la bravoure. La pensée d'être abandonné dans le vide le glace d'effroi, et la conviction d'une assistance quelle qu'elle soit, l'apaise sans effort. La vue inopinée d'un espace soustrait instantanément ses forces, et la confiance basée sur le plus fugitif espoir, sur un leurre, les lui rend aussitôt. Point de peur sans le vide, point de calme sans l'apparence d'un semblant de protection.

La peur des espaces se produit également dans les rues sans boutiques ou dont les boutiques sont fermées, à l'église, au concert, au théâtre, en présence de longues murailles, d'une façade monumentale et lisse, d'une perspective fuyante, d'un pont aux arches nombreuses, d'une longue voûte soutenue par des colonnes, dans un lieu parfois où se presse la foule, dans une réunion en plein air, dans une enceinte à ciel ouvert, sans plafond, et même dans une voiture publique. Cet état anxieux, qui consiste surtout dans un sentiment de crainte exagéré et absurde en face du vide, s'accompagne d'ordinaire de faiblesse subite des jambes, de suractivité circulatoire passagère, de fourmillements vagues, d'une sensation d'engourdissement commençant, de froid, de chaleur, de sueur glacée, de tremblement, d'envies de pleurer, d'appréhensions ridicules, de préoccupations hypochondriaques, de lamentations à demi-voix et de trouble général véritablement pénible, avec alternatives diverses de coloration faciale et d'expression physiognomonique... L'intelligence est saine et la liberté morale entière.

« De quoi le malade a-t-il donc peur ? De divaguer, de pleurer, de crier, de tomber, d'avoir un étourdissement, de s'évanouir, d'être frappé d'apoplexie, d'être considéré comme un poltron, de servir de risée, de passer pour un fou, d'avoir envie d'aller à la garde-robe, de disparaître à jamais, d'entrer dans le néant ; mais le plus souvent il a peur... d'avoir peur. Il se rend un compte exact de l'émotion qu'il éprouve, de la perturbation qu'il subit, et il se raisonne, se blâme et s'adresse à lui-même une allocution courageuse ; mais il continue à avoir peur, voit l'espace s'allonger à l'infini, dans une perspective démesurée, croit que ses pas se rapetissent, que le vide s'accroît au fur et à mesure qu'il avance, et il ne retrouve le calme qu'en apercevant un passant, en s'appuyant sur une canne ou un bras, en longeant les maisons ou en s'engageant dans une petite rue. Qu'il soit un jour très préoccupé par une affaire, livré à une profonde réflexion ou distrait par une agréable nouvelle, et la frayeur, à la même place ne se manifesterait point. Qu'il quitte la ville et aille à la campagne, et il se pourra, dans quelques cas, que la vue de grandes plaines verdoyantes soit supportée sans le moindre malaise.

« Le malade est d'autant plus apte à avoir une angoisse qu'il est à jeun ou éloigné de l'heure de son dernier repas, et d'autant moins disposé à être anxieux qu'il sort de table, qu'il a fait un bon dîner et qu'il a bu un vin généreux...

« La peur des espaces se produit chez certains malades dans un lieu très fréquenté ou dans les foules. L'angoisse est alors absolument la même qu'en présence d'une

place; elle s'impose soudainement, et elle est amenée d'une façon presque invariable par ce raisonnement : Je ne peux pas sortir; je vais avoir une crise; tout le monde va faire attention à moi et se moquer : je suis perdu ! »

On le voit, par cette description, l'agoraphobie ressemble en bien des points à la staso-basophobie.

Dans les deux cas, peur, anxiété, angoisse plus ou moins analogues, mais paraissant cependant plus grandes dans l'agoraphobie.

Mêmes symptômes concomitants d'accélération du pouls, de sueur, de tremblement, d'alternatives diverses de coloration faciale, mais tous ces symptômes généralement plus accentués dans l'agoraphobie.

Même faiblesse subite des jambes.

Même étiologie. Cependant l'agoraphobie, compatible d'ordinaire avec les apparences de la plus robuste santé, semble exister aussi bien chez de simples névropathes que chez les vrais neurasthéniques où se recrutent surtout les basophobes.

Mais la staso-basophobie est une peur bien nettement limitée et systématisée à la marche et à la station.

Rien de cette systématisation dans l'agoraphobie.

En effet, cette phobie est surtout une peur des espaces, du vide (1), de l'infini. C'est quelque chose comme la terreur de Pascal : « Le silence de ces espaces infinis m'ef-

1. Aussi M. Gélinau, s'inspirant de la définition de Legrand du Saulle, a-t-il proposé de donner à ce syndrome, le non de *Kénophobie*, (τὸ κένον *l'espace, le vide* en général). Voyez : Gélinau, *De la Kénophobie*, Paris, 1879.

fraie » (1). Et cette peur même s'accroissant, se développant, finit par prendre les proportions d'une pantophobie ou d'une phobophobie. Il n'y a donc plus là la systématisation de la staso-basophobie. La preuve d'ailleurs que cette peur ne concerne aucunement la marche et la station, c'est que le patient a peur même en voiture. Si les jambes se dérobent, elles ne sont pas plus atteintes que le reste de l'organisme. La peur se diffusant dans tout l'organisme et le bouleversant entièrement, se diffuse aussi dans les jambes, mais sans les viser particulièrement.

C'est par là, en effet, par l'idée phobique systématisée aux membres inférieurs que le basophobe se distingue de l'agoraphobe.

Et c'est cette même idée phobique ainsi systématisée qui explique comment le basophobe se présente parfois comme un agoraphobe. Mais il n'est pas agoraphobe, il reste basophobe.

En effet, quel doit être, devant un grand espace, le premier sentiment d'un malade qui doute de la solidité

1. Nous devons d'ailleurs ajouter que Pascal n'éprouvait pas seulement cette angoisse purement morale, mais une véritable agoraphobie ou plutôt kénophobie depuis l'accident bien connu du pont de Neuilly. Depuis cet événement, Pascal crut toujours voir un abîme à son côté gauche, ce qui l'empêchait d'avancer à moins qu'il ne donnât la main à quelqu'un ou qu'on y plaçât une chaise sur laquelle il pouvait s'appuyer. Il convenait du reste que tout cela était purement chimérique, car, dit l'abbé Boileau, « il n'était nullement visionnaire, mais un quart d'heure après, il se creusait de nouveau le précipice qui l'effrayait ».

de ses jambes ? C'est la peur de ne pouvoir le franchir sans encombres. Cette peur prenant de plus en plus de consistance suffit à arrêter le malade dans sa marche.

Aussi, dans ce cas, la prétendue agoraphobie devra-t-elle disparaître au fur et à mesure que le malade entrera de plus en plus franchement dans la staso-basophobie pour réapparaître ensuite au fur et à mesure qu'il en sortira.

C'est ce que M. Grasset a très bien observé chez son malade : « Au début, dit-il c'est sur les places un peu arges, que notre homme ne pouvait pas marcher sans angoisse, c'était de l'agoraphobie. Puis les espaces difficiles ou impossibles à franchir se sont rétrécis. Aujourd'hui la rue elle-même, le trottoir sont inabordables. Il marche moins mal dans une rue plus étroite. Chez lui il arrive à mal marcher dans une pièce obscure à laquelle il n'est pas habitué ».

Les deux malades de MM. Debove et Bouloche débütèrent de la même façon, avant d'entrer dans une stasobasophobie complète.

Ils en guérèrent : les malades de M. Grasset et de M. Mirallié, basophobes par accès, s'améliorèrent, mais tous restèrent agoraphobes, comme on aurait pu facilement le prévoir.

Ils étaient guéris de leur peur chez eux, dans un petit espace, au milieu des objets qui leur étaient familiers, mais ils ne l'étaient pas encore, ce qui était bien naturel, dans de plus grands espaces auxquels ils n'étaient pas d'ailleurs habitués.

De telle sorte qu'on pourrait se représenter la staso-

phobie d'après une figure schématique analogue au schéma de Wunderlich pour la fièvre thyphoïde ou d'après un demi-héxagone. La ligne ascendante représenterait la soi-disant agoraphobie, le plateau, la staso-basophobie plus ou moins complète et la ligne descendante le retour de la soi-disant agoraphobie.

Et ainsi, dans bien des cas, la prétendue agoraphobie ne serait en réalité qu'une staso-basophobie en voie d'évolution ou à la période de régression.

On peut et on doit même supposer des cas frustes et plus ou moins atténués, *basophobia levis*, *levissima*, et n'aboutissant jamais à la staso-basophobie continue. C'est en somme ce que nous appelons basophobie par accès.

Telles sont les distinctions que nous croyons devoir établir entre l'agoraphobie et la staso-basophobie.

Au point de vue pratique nous ne croyons pas que ce soient là de vaines et subtiles distinctions. En effet, pour la thérapeutique, il importe de savoir si un malade est arrêté tout à coup par la peur du vide ou par l'idée d'une faiblesse de son appareil locomoteur.

III. — Les troubles de la station et de la marche qui après l'agoraphobie, se rapprochent le plus de la stasobasophobie se rencontrent dans l'aboulie.

Nous désignerons ainsi sous le nom de *dysbasie aboulie* une variété spéciale d'abasia par accès coexistant dans l'aboulie avec d'autres manifestations analogues telles que l'agraphie, l'anupographie, l'anesthie, etc.

Billod en donne une très longue et très belle observa-

tion (1) citée par M. Ribot dans son livre sur les *Maladies de la Volonté* (2).

Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, « d'une constitution forte, d'un tempérament lymphatique, d'une intelligence développée surtout pour les affaires, d'une sensibilité médiocre ». Très attaché à sa profession de notaire, il ne se décida à vendre son étude qu'après de longues hésitations. A la suite, il tomba dans un état de mélancolie profonde, refusant les aliments, se croyant ruiné et poussant le désespoir jusqu'à une tentative de suicide.

Il avait des crises d'aboulie de toutes sortes et naturellement aussi pour la marche. Nous allons prendre un incident de ce genre.

Comme moyen thérapeutique un voyage avait été entrepris sous la direction de Billod. On était à Marseille, à l'hôtel, et, après le dîner, il s'agissait de sortir. « M. P... (le malade), dit Billod, en avait le plus vif désir ; il eût voulu, me dit-il, avoir une idée de la physionomie de la ville. Pendant cinq jours de suite, il prenait son chapeau, se tenait debout et se disposait à sortir ; mais, vain espoir, sa volonté ne pouvait ordonner à ses jambes de se mettre en marche pour le transporter dans la rue. « Je suis évidemment mon propre prisonnier, disait le malade ; ce n'est pas vous qui m'empêchez de sortir, ce n'est pas mes jambes qui s'y opposent ; qu'est-ce donc alors ! » M. P... se plaignait ainsi de ne pouvoir vouloir, malgré l'envie qu'il en avait. Après cinq jours enfin, faisant un

1. *Annales médico-psychologiques*, tome X, p. 172 et suiv.

2. Th. Ribot. *Maladies de la Volonté*, p. 43 et suiv.

dernier effort, il parvient à sortir et rentre cinq minutes après suant et haletant comme s'il eût franchi en courant plusieurs kilomètres et fort étonné lui-même de ce qu'il venait de faire.

« Les exemples de cette impossibilité se reproduisaient à chaque instant. Le malade avait-il le désir d'aller au théâtre, il ne pouvait vouloir y aller ; était-il à table à côté de convives aimables, il eût voulu prendre part à la conversation, mais toujours la même impuissance le poursuivait.

« Nous arrivâmes à Rome le jour même de l'élection de Pie IX. Mon malade me dit : « Voilà une circonstance « que j'appellerais heureuse, si je n'étais pas malade. Je « voudrais pouvoir assister au couronnement ; mais je ne « sais si je pourrai : j'essayerai ». Le jour venu..., il fit un grand effort et parvint à grand peine à descendre. Mais dix jours après, à la fête de Saint-Pierre, les mêmes préparatifs, les mêmes efforts n'aboutirent à aucun résultat... En effet, il lui fut impossible de venir à la cérémonie ».

Cette citation nous montre très bien la différence qu'il y a entre cet accident dysbasique de l'aboulie et la basophobie.

Dans les deux cas, le système musculaire et les organes du mouvement sont intacts du moins chez l'aboulique, et suffisants chez la basophobe, pour permettre la marche et la station.

Mais, chez l'aboulique, il n'y a pas l'idée qu'il ne peut pas marcher ni l'angoisse concomitante qui caractérise la basophobie. On remarquera de plus qu'il n'est pas asta-

sique et qu'il ne s'affaise jamais. De plus ses accès le prennent n'importe quand, indifféremment et non pas dans certaines circonstances déterminées et toujours les mêmes, comme cela arrive aux tabétiques et aux hémiplegiques basophobes.

Quant à la cause de cet état, M. Ribot l'attribue à un défaut d'excitation. « Si ces malades, dit-il, ne peuvent vouloir, c'est que tous les projets qu'ils conçoivent n'éveillent en eux que des désirs faibles, insuffisants pour les pousser à l'action ». Cette raison s'accorderait assez avec un fait rapporté dans l'observation. « En arrivant à Lyon, au retour, notre malle-poste passa par-dessus une femme que les chevaux avait renversée. Mon malade recouvra toute son énergie et, sans attendre que la voiture fut arrêtée, rejeta son manteau, ouvrit la portière et se trouva le premier descendu près de cette femme ».

IV. — La *claudication intermittente ischémique* de Charcot (1) est constituée par une douleur survenant dans un des membres inférieurs après quelques minutes de marche, douleur intense, caractérisée par des sensations de fourmillement et d'engourdissement extrêmement pénibles, puis par une contracture douloureuse qui oblige le malade à s'arrêter et à s'asseoir. Le membre est froid, pâle, cyanosé, insensible ; on y perçoit à peine les battements artériels. Après quelques instants de repos, ces accidents disparaissent pour se renouveler dès que le malade commence à marcher. C'est un phénomène symptomatique de l'altération des vaisseaux dans l'artério-

1. Charcot. *Leçons du Mardi*, 13 décembre 1887. *Progrès médical*, 1888.

sclérose. Il tient à un rétrécissement du calibre de l'artère nourricière d'un membre, rétrécissement progressif, dû soit à une thrombose lente, soit à l'artérite oblitérante progressive, pouvant aboutir à l'oblitération du tronc artériel et à la production de gangrène.

La claudication intermittente ressemble donc à la stasobasophobie ou plutôt à la basophobie par accès, par l'arrêt plus ou moins brusque qu'elle impose au malade. Mais elle en diffère en ce que cet arrêt, précédé de douleur, survient toujours après quelque temps de marche, contrairement à ce qui se passe dans la basophobie où l'arrêt survient sans douleur, aussi bien au début de la marche qu'à tout autre moment. De plus dans la claudication intermittente, il n'y a pas d'angoisse ; le malade éprouvant de la douleur et de la fatigue, s'assoit, se repose, puis se relève sans crainte. Enfin les phénomènes qui se passent du côté du membre par suite de l'ischémie et l'artério-sclérose du sujet atteint de claudication intermittente, achèvent la distinction entre cet accident et la basophobie par accès.

V. — En dehors de toute artério-sclérose, les auteurs distinguent sous les noms de *spasmes fonctionnels* ou *professionnels*, de *crampes professionnelles*, certains spasmes constitués à la fois par de la paralysie et des convulsions.

On comprend, en effet, sous ces noms une série d'états dont la *crampe des écrivains* est le type et qui consistent en divers troubles de la motilité produits par un fonctionnement musculaire donné et à l'occasion de ce fonctionnement.

On sait, en effet, que la crampe des écrivains n'apparaît que quand le malade écrit; tous les autres mouvements de la main restent possibles.

Ainsi spécialisé ce trouble offre donc la plus grande analogie avec la staso-basophobie qui est un trouble de la motilité inférieure limité aux fonctions spéciales de la marche et de la station.

Mais on trouve également des spasmes fonctionnels relatifs à cette double fonction. Les crampes des danseurs ou plutôt des danseuses sont bien connues et se rapprochent beaucoup de notre sujet. Enfin — et ceci rentre tout à fait dans notre sujet — Rivers (1) a signalé la *crampe des marcheurs*, analogue, nous le répétons, à la crampe des écrivains.

Le diagnostic entre cette crampe des marcheurs et la staso-basophobie sera facile. On le fera surtout d'après la profession du marcheur, d'après l'absence d'angoisse et enfin d'après ce fait que le repos est le meilleur pour ne pas dire le seul remède. Or le repos ne guérit pas et n'améliore même pas le basophobe, au contraire.

VI. — La *méralgie paresthésique* de Roth offre aussi quelque ressemblance avec la basophobie par accès en ce qu'elle aboutit à l'arrêt plus ou moins brusque du malade.

Mais elle s'en distingue essentiellement par l'ensemble de ses autres symptômes.

En effet, cette affection consiste en troubles de la sensibilité dans la zone du nerf fémoro-cutané : *engour-*

1. Rivers. (*Brain*, 1891, 53.)

dissement siégeant en un point limité, situé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la région externe de la cuisse, qui se transforme en *fourmillement* et s'étend sur toute la région innervée par le fémoro-cutané; *cryesthésie*; *anesthésie subjective*, compliquée parfois d'une sensation bizarre de corps étranger; *diminution* de la sensibilité (contact, température); *douleurs subjectives* ayant la rapidité et l'intensité de douleurs fulgurantes, survenant par accès, à la suite de fatigues.

La méralgie est généralement unilatérale; elle atteint surtout les sujets que leur profession oblige à de longues marches, à des stations debout prolongées et paraît dépendre de la congestion des *vasa nervorum*.

VII. — La *maladie de Thomsen* peut simuler certains cas de basophobie par accès, notamment des cas analogues à ceux de MM. Grasset et Mirallié où le malade éprouve des difficultés à se mettre en marche lorsqu'il en reçoit l'ordre.

Cette maladie, en effet, se manifeste cliniquement par des *spasmes musculaires survenant au début des mouvements volontaires*. Mais c'est là un caractère bien particulier de ce phénomène de ne survenir qu'au début des mouvements. Lorsque ceux-ci ont été répétés un certain nombre de fois, lorsque les membres « se sont échauffés », on cesse de l'observer. De plus ce spasme existe pour tous les mouvements aussi bien dans le décubitus que pour la marche. Il est même augmenté dans le décubitus sur le dos. Il existe aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Contrairement à la basophobie qui se présente parfois sous forme de contrac

tures, mais le plus souvent sous forme paralytique, le syndrome de Thomsen se présente constamment sous la forme tonique. Parfois même au repos les muscles sont « durs comme du bois ». Il est congénital. Il y a hypertrophie musculaire. Enfin si le syndrome est augmenté par les émotions, il ne s'accompagne pas nécessairement d'émotion.

§ 3. — TYPE ATAXIQUE.

I. — La basophobie du type de démarche ataxique pourra d'abord être confondue avec le *tabes*. Mais la perte du sens musculaire, l'abolition des réflexes, les troubles oculaires, les douleurs fulgurantes, enfin la marche de la maladie et les antécédents du malade forment un ensemble qui doit empêcher toute confusion entre cette maladie organique et le syndrome qui nous occupe.

II. — La *maladie de Friedreich* pourrait peut-être offrir plus de difficultés à cause de la titubation. Or nous avons vu qu'une malade de M. Dupré était non seulement légèrement incoordonnée mais titubante.

Mais, dans la maladie de Friedreich il y a embarras de la parole et nystagmus qui n'existent pas dans la basophobie.

De plus les membres supérieurs présentent à l'occasion des mouvements volontaires, un tremblement assez analogue à celui de la sclérose en plaques (*tremblement intentionnel*).

Enfin la maladie de Friedreich est généralement une maladie familiale et débute dans l'enfance ou à la puberté.

III. — Quant à *l'ataxie hystérique* elle sera facile à distinguer en ce qu'elle est due à la perte de la sensibilité des membres inférieurs.

Elle ne se manifeste d'ailleurs que pendant l'occlusion des yeux.

IV. — Dans *l'ataxie cérébelleuse* due le plus souvent à une tumeur, les principaux symptômes concomitants sont la *céphalalgie*, les *vertiges*, les *vomissements* et les *troubles de la vue*.

Mais la céphalalgie est toujours occipitale et par conséquent ne ressemble en rien à la céphalalgie du basophobe neurasthénique, inconstante d'ailleurs, surtout dans le cas d'hémineurasthénie.

Les vertiges qui constituent un des traits les plus caractéristiques des tumeurs cérébelleuses sont loin d'être constants dans la stasobasophobie.

Les troubles de la vision consistent dans les tumeurs cérébelleuses, en une amblyopie constante et même progressive. Il n'y a donc là rien de comparable aux brouillards qui passent devant les yeux des neurasthéniques.

Enfin nous avons parfois observé des nausées, mais jamais de vomissements chez nos basophobes.

Mais nous avons dans l'attention volontaire un signe pathognomique qui nous permettra de différencier entre eux les deux syndrômes.

En effet, dans l'ataxie cérébelleuse, c'est la coordination automatique du cervelet qui est altérée. Et, si le malade ne fait pas attention, il perd constamment l'équilibre. Aussi le malade prête-il la plus grande attention

à sa marche et parvient-il, au moins au début de la maladie, à corriger ses oscillations involontaires par des mouvements volontaires ramenant le corps dans la bonne position.

C'est justement le contraire qui se passe chez nos basophobes. Livrés parfois à leur pur automatisme, ils marchent bien. Au contraire, s'il prêtent attention à leur démarche, alors ils se troublent et deviennent incoordonnés.

§ 4. — DÉPART DE LA STASO-BASOPHOBIE ET DES TROUBLES ORGANIQUES DANS LA FORME ASSOCIÉE.

Dans la forme associée on conçoit aisément combien il est important, au point de vue du pronostic et de l'intervention, de bien faire le départ entre les troubles basophobiques et les troubles relevant de la lésion organique.

En effet, s'il s'agit d'un hémiplégique par exemple, son hémiplégie, pour peu qu'elle soit ancienne, est manifestement incurable. Dès lors si son impuissance à marcher dans la rue, devant les voisins et le médecin, dépend de la même cause organique et se rattache directement à l'hémiplégie, il n'y a rien à faire ni à espérer. Le malade est condamné à ne plus sortir de chez lui et il serait superflu d'essayer un traitement.

Tout autre sera le pronostic, toutes différentes seront les espérances thérapeutiques si l'on peut distinguer ce symptôme de l'hémiplégie, en faire un *phénomène neurosique* consécutif à l'hémiplégie, mais non lié à la lésion organique du cerveau, une *névrose post-hémiplégique*,

développée après l'hémiplégie, à cause de l'hémiplégie et dans le côté hémiplégique (Grasset).

De même, s'il s'agit d'un tabétique, la méconnaissance de la phobie peut faire croire par l'aggravation apparente apportée à la symptomatologie que le malade réduit à ne plus quitter son lit est entré dans la dernière période de son affection. On va donc le laisser dans son lit ou dans son fauteuil et aggraver par là même son état.

Mais inversement, il ne faudra point considérer comme troubles basophobiques des troubles dépendant de lésions réelles organiques. En effet au Congrès d'Angers, M. Ballet signalait un cas dans lequel la basophobie avait masqué pendant assez longtemps une affection réellement organique dont l'évolution s'était faite ultérieurement.

Mais non seulement la basophobie peut masquer une lésion existante, elle peut encore masquer la nature de la lésion. C'est ainsi, par exemple, qu'elle modifiait chez une malade de M. Parisot la démarche classique de l'ataxie, en provoquant sous l'influence de la peur des contractions musculaires et des tremblements qui auraient pu, à la rigueur, dérouter dans le diagnostic.

Par quels signes donc arriver à distinguer la lésion organique du syndrome névrosique superposé ?

Il y en a deux principaux :

1° Dans les deux variétés, continue et par accès, la *disproportion* de l'abasia phobique avec les lésions organiques ; 2° dans la variété par accès, l'*intermittence* même des accès et surtout les conditions de leur apparition comme aussi les conditions de leur disparition.

I. — La disproportion entre les troubles phobiques et

la lésion, devient manifeste d'après l'état statique et dynamique du membre et d'après l'état de la sensibilité. En effet, si l'on prend les tabétiques à basophobie continue, par exemple, leur ataxie locomotrice n'est certes pas assez prononcée pour les empêcher de progresser sans le secours d'un bras, mais la peur de tomber rend leur marche impossible.

Cette peur est jusqu'à un certain point légitime chez un ataxique et ne mériterait point d'être regardée comme pathologique, si elle restait proportionnelle au degré d'incoordination. Mais ici la disproportion est flagrante. A la seule pensée de marcher sans soutien, le malade pâlit, son visage se couvre de sueur, son pouls bat avec fréquence et tout son être est angoissé.

Essaie-t-il de faire quelques pas pour obéir aux injonctions qui lui sont faites, la terreur le saisit, le cloue sur place, en proie à une crise anxieuse des plus pénibles. Ce n'est point là une phobie psychologique, mais bien une véritable phobie ou plus exactement une basophobie. A l'incoordination de cause organique vient donc s'ajouter une impotence fonctionnelle d'origine psychique (Parisot)

II. — Maintenant si l'on considère les basophobes par accès, il n'y a plus seulement disproportion entre les troubles phobiques et la lésion, mais il y a encore un contraste frappant entre la marche habituelle du malade et son impotence au moment de l'accès.

Par exemple, le malade de M. Grasset, en dehors de ses accès, est un hémiplégique vulgaire, marchant passablement. Puis survient un accès et il s'effondre.

Il en est de même pour le malade de M. Mirallié. De

même aussi nos trois tabétiques s'arrêtent tout à coup.

Mais, chez tous ces malades, l'intermittence spéciale de leurs accès en démontre bien la nature purement psychique et indépendante de toute lésion organique.

En effet, il n'y a aucune régularité dans cette intermittence. Elle ne coïncide pas nécessairement avec une plus grande fatigue du sujet et ne survient pas nécessairement après une longue course. Elle ne tient pas davantage à des conditions de température ou d'hygrométrie ou à une période de douleurs fulgurantes chez un tabétique. Elle coïncide avec des causes purement psychiques, avec l'idée anxieuse surgissant tout à coup dans l'esprit du malade qu'il ne va pas marcher, qu'il va mal marcher, parce qu'il vient de rencontrer un voisin ou parce qu'une voiture s'avance vers lui.

Mais que nos hémiplégiques se promènent seuls, dans un jardin, à l'abri des regards indiscrets, et ils marchent ainsi longtemps sans aucune crise. En effet, ils sont seuls et l'idée ne leur vient pas qu'ils vont mal marcher et exciter la commisération des voisins.

De même que nos tabétiques amaxophobes aient quelqueun seulement à leur côté, l'idée qu'ils vont « rester en panne » ne se présentera pas et ils traverseront la rue.

En se rendant bien compte de ces circonstances et de l'état d'esprit des malades, on voit donc qu'il est impossible de rapporter leurs accès dysbasiques directement à la lésion organique dont ils sont atteints. Il faut donc les rapporter au syndrome névrosique qui s'y est superposé.

§ 5. — DE LA SIMULATION.

Nous n'avons observé ni trouvé dans nos lectures aucun cas de simulation, ce qui se conçoit d'ailleurs étant donnée la nouveauté du syndrome. Mais il est évident qu'un tel syndrome est simulable ou pourra du moins paraître assez facile à simuler. En effet, des névroses comme l'épilepsie et l'hystérie ayant leurs simulateurs, il ne faut nullement désespérer, avec le progrès des connaissances, de voir un jour à *fortiori* des simulateurs de la basophobie.

Comment dès lors pourra-t-on dépister la simulation ?

S'il s'agissait de l'astase-abasie, nous serions peut-être un peu embarrassé pour répondre.

Mais dans la stase-basophobie il y a toujours, comme nous l'avons vu, un cortège de symptômes concomitants qui nous paraissent devoir être difficilement réalisés même par des comédiens accomplis.

Il y a, entre autres symptômes, l'accélération du pouls qui, sauf de très rares exceptions, est indépendante de la volonté. Cette accélération est constante et très sensible chez nos basophobes. Concomitante de l'émotion, elle se manifeste même en dehors des tentatives de marche, à la seule pensée que peut-être il va y avoir nécessité de marcher. C'est ce que M. Parisot a très bien constaté chez une de ses malades.

Cette malade, dit-il, « sait que d'habitude, à la visite, je la fais marcher ; aussi, à mon entrée dans la salle, sans que je m'approche de son lit, est-elle prise d'une

véritable angoisse. L'augmentation de fréquence du pouls constaté par mon interne en est une des manifestations les plus facilement appréciables ». Il est très vraisemblable pour ne pas dire certain que, dans les mêmes conditions, on devra retrouver les mêmes phénomènes chez tous les basophobes.

De plus, comme nous le montrent les observations, la basophobie doit toujours pouvoir s'expliquer, à la fois par des causes prédisposantes et par des causes occasionnelles. On en voit toujours très nettement la genèse et nous dirions presque, la fatalité. En effet, tandis que l'astasia-abasie se crée inconsciemment, l'obsession basophobique comme le dit Thyssen, « s'impose à la conscience ». Mais elle ne s'impose pas seulement à la conscience du malade elle s'impose aussi, comme diagnostic, à la conscience du médecin qui a bien étudié son malade, surtout au point de vue des anamnestiques.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Le pronostic n'est pas grave *quoad vitam*. Il le serait cependant chez les vieillards surtout dans les cas où les malades ne peuvent même pas s'asseoir; car on pourrait craindre alors des congestions hypostatiques.

Mais l'affection, par elle seule, même dans la variété par accès, enlève l'individu à ces occupations et en fait une charge pour sa famille ou la société (1). Remarquons d'ailleurs que le basophobe, presque toujours un neurasthénique, un hémiplégique ou un tabétique est déjà, par le fait même de ces maladies, gravement déchu.

On a vu que la durée était généralement très longue.

Quant aux guérisons, sur nos 16 observations, nous ne pouvons citer qu'une guérison complète, celle d'une malade de M. Bouveret (observ. III). Il est vrai que presque toutes nos observations, dont quelques-unes embras-

1. Dans certains cas cependant l'exercice de la profession reste possible; mais dans quelles conditions! Ainsi M. Ballet cite le cas d'un médecin des hôpitaux « abasique émotif que crainte de ne pouvoir marcher a torturé pendant dix ans. Aux heures de sa visite à l'hôpital, sa phobie lui faisait disposer par places des chaises » où il pût trouver un point d'appui ou se reposer.

sent cependant une longue période, sont incomplètes. Les malades en effet n'ont pu être suivis plus longtemps ou ont été perdus de vue.

Mais il y a des améliorations très sensibles dont une même très considérable, celle du malade de l'observation XI.

D'autre part dans deux observations signalées dans l'histoire, il y a eu guérison complète; celle de la malade de M. Rendu et celle du jeune enfant de 7 ans signalée par M. Ballet (1).

D'ailleurs ces résultats peu encourageants se conçoivent fort bien, d'abord à cause de la nouveauté relativement récente du syndrome, puis à cause du fond sur lequel il repose. On verra aussi, à propos du traitement que certains moyens curatifs et en même temps prophylactiques nous font défaut.

En insistant ici seulement sur le terrain sur lequel évolue le syndrome, on remarquera que presque tous nos malades sont neurasthéniques ou névropathes. Chez d'autres coexistent, en plus, des lésions organiques à marche généralement progressive.

Or on sait combien la neurasthénie est une maladie rebelle et avec elle toutes les phobies qu'elle engendre. Si, de plus, on envisage la staso-basophobie en elle-même et, si on y voit, comme la plupart des auteurs, la manifestation d'une idée obsédante, on verra par là même quel sera le pronostic.

Il sera, dit M. Séglas, « celui des idées obsédantes qui, si elles disparaissent quelques fois, sont le plus souvent

1. M. Gélneau a aussi obtenu des guérisons.

rémittentes ou s'évanouissent pour faire place à d'autres idées et, souvent même durent toute la vie, quoi qu'on puisse tenter contre elles ».

Le pronostic est donc bien plus sombre dans notre syndrome que dans l'astasia-abasia laquelle évolue le plus souvent chez un hystérique et reconnaît comme cause l'annésie ou la distraction. Dans ce cas la simple suggestion hypnotique a suffi souvent pour guérir le malade, parfois instantanément.

Dans la basophobie associée à une maladie organique comme le tabes, le pronostic est plus sombre encore que dans la simple neurasthénie. En effet, les sensations anormales d'où dérivent la phobie sont continues et progressives chez le tabétique et le malade est de plus en plus hanté par l'idée de la possibilité d'une chute. « Il la craint cette chute, dit M. Parisot, et rien malheureusement dans ses sensations n'est capable de lui rendre confiance, bien au contraire ! Il a beau chercher à lutter contre la peur qui l'envahit, il ne trouve pas en lui de quoi soutenir cette lutte, sa volonté devient défaillante et la peur de tomber en marchant, la basophobie, s'installe en maîtresse dans son cerveau ».

CHAPITRE VII

Traitement.

Puisque la staso-basophobie consiste surtout dans une idée phobique engendrée sur un fond hystérique, neurasthénique, débile ou dégénéré, coexistant parfois avec des lésions organiques qui en sont la cause occasionnelle, il est évident que, dans le traitement, il faudra traiter à la fois l'idée phobique, le terrain et, s'il y a lieu, la lésion.

S'il s'agit d'un neurasthénique, il y aura donc lieu tout d'abord de chercher à corriger la neurasthénie par tous les moyens possibles. Nous n'avons pas à indiquer ces moyens. Disons toutefois que le traitement systématique de Weir-Mitchell nous paraît devoir donner ici d'excellents résultats, non seulement au point de vue de la neurasthénie, mais encore au point de vue spécial de la phobie. Il nous paraît applicable dans tous ses moyens, même, ce qui peut paraître paradoxal, en ce qui concerne le repos. Toutefois il ne s'agit pas d'un repos absolu, mais seulement d'un repos complet pour tout ce qui n'est pas la station debout et la marche. Le repos ainsi compris aura un double avantage, d'abord de réserver toutes les

forces du malade pour les fonctions les plus atteintes, ensuite, comme le malade a nécessairement des besoins d'une certaine activité, de le pousser à dépenser cette activité dans les seuls actes qui lui soient permis. Nous insisterons ultérieurement sur quelques autres moyens du traitement systématique.

S'il y a des lésions organiques, tabes ou hémiplegie, on devra chercher à les atténuer et à les retarder dans leur évolution par des médications appropriées. Nous n'avons pas d'ailleurs à indiquer ces médications. Il nous faut cependant mettre en garde contre le danger de certaines médications intempestives. Ainsi l'hémiplegique de l'observation VIII, après une première période d'amélioration fut soumis pendant un an à un traitement électrique mal compris. Le résultat fut d'exagérer les contractures et par suite de rendre la marche jusque-là satisfaisante presque impossible. Cette aggravation fut le point de départ de troubles psychiques considérables, entre autres, de sa basophilie.

S'il s'agit d'un hystérique, d'un hystéro-neurasthénique, d'un débile, le médecin devra aussi, bien entendu s'attacher à combattre ces affections de son mieux, d'après des moyens variables suivant chaque cas en présence.

Mais le traitement général une fois institué, il reste un traitement spécial de la phobie.

Ce traitement devra être à la fois *physique* et *psychique*.

I. — Le traitement physique consistera surtout dans la rééducation des mouvements qui, dans le cas particulier, devrait plutôt s'appeler une sorte de réentraînement pour

les mouvements. En effet nos malades, à l'inverse des abasiques, savent généralement marcher. Mais parfois aussi ils sont au lit depuis fort longtemps et, par suite, ils ont plus ou moins désappris à marcher en même temps qu'ils ont perdu des forces. Mais quelque nom que nous donnions à ce traitement, rééducation ou réentraînement les procédés seront ceux indiqués par Fraenkel (1).

Le principe général de la méthode consiste à commencer par des mouvements très simples, pour passer aux mouvements plus compliqués, lorsque les mouvements simples sont exécutés très correctement.

Il faut se garder de vouloir aller trop vite ; c'est pour cela que, au moins pour les premières séances, les exercices doivent être faits en présence et sous la direction du médecin ; sans cela le malade passe d'un exercice à un autre et se décourage.

Mais avant d'entreprendre cette rééducation, il faudra bien s'assurer qu'il n'y a aucune douleur dans les membres inférieurs. S'il y en a, s'ingénier à les faire disparaître, les atténuer dans la mesure du possible et en tout cas en distraire le malade, en lui persuadant bien qu'elles sont sans importance.

Les *frictions*, le *massage* seront le plus souvent excellents pour obtenir ce résultat, surtout si les douleurs sont dues à des petites contractures partielles occasionnées par le repos. D'ailleurs ils excitent et réveillent la vitalité du membre, agissent également par suggestion, en

1. Voy. Roux, *Diagnostic et traitement des maladies nerveuses*, Paris, 1901, p. 164 et suiv.

attirant l'attention du malade sur les membres inférieurs améliorés et en le poussant ainsi à la marche.

L'électricité, tant recommandée par Weir-Mitchell dans les cas de neurasthénie, nous paraît devoir être aussi très utile pour le traitement spécial de la phobie. Nous savons d'ailleurs que M. Erb, en Allemagne, conseille les applications locales de courant électrique dans le traitement de la plupart des symptômes neurasthéniques.

Beard a beaucoup recommandé la *faradisation générale* chez les neurasthéniques qui ont de l'asthénie motrice et c'est toujours plus ou moins le cas chez nos malades.

Enfin, et puisque la staso-basophobie est manifestement un symptôme de cérébrasthénie, on peut recourir, comme cela s'est fait dans ce cas, à la *galvanisation de la tête*.

N'oublions pas cependant que l'électricité ne peut être qu'un adjuvant incapable de guérir si elle était employée seule (Ballet, Gélinau).

On sait que la *suspension* a été expérimentée non seulement dans l'ataxie mais aussi dans beaucoup d'autres maladies nerveuses. Cependant les observations de neurasthénie traitées par ce procédé sont rares. Cela tient peut-être à ce que la staso-basophobie a jusqu'ici peu attiré l'attention des médecins. Mais, si l'on réfléchit que ce syndrome, en même temps qu'il est symptôme de cérébrasthénie est nécessairement aussi symptôme de myélasthénie, on est conduit à penser que peut être la suspension pourrait rendre des services dans ce cas. Charcot a obtenu, par ce traitement, des résultats favorables dans deux cas d'impuissance liée à la neurasthénie. « Peut-être,

dit M. Bouveret, d'autres symptômes neurasthéniques pourraient-ils être également améliorés par la suspension ». En effet, il est légitime de penser que si la suspension a pu agir sur les centres génitaux médullaires, elle pourra aussi agir sur les centres médullaires de la marche voisins des précédents.

L'hydrothérapie a été aussi recommandée par MM. Grasset, Ballet et Gélinau.

Enfin, avec ce genre de malades généralement très crédules, il ne faut jamais dédaigner la médication interne.

Elle produit toujours une suggestion certaine. Au malade de l'observ. XI, notre maître M. Dupré prescrivit des pilules de mica panis dénommées « pilules fortifiantes de quinquina » à prendre très exactement un quart d'heure avant chaque repas.

Grâce à ces pilules et, dès le troisième jour, le malade signalait lui-même une augmentation de l'appétit et une amélioration très sensible dans l'état de ses jambes et se remettait à marcher peu à peu. Il était donc enchanté de ses pilules et en célébrait les vertus. Un jour que le pharmacien les avait faites un peu moins grosses, le malade eut une inquiétude et nous demanda si c'était bien les pilules de l'ordonnance. Nous le rassurâmes en lui disant que, quoique plus petites, elles contenaient exactement la même quantité de principes actifs et, pour ôter tout doute de son esprit, nous en goûtâmes une devant lui.

Il continua donc à les prendre avec la même conviction et à s'améliorer de plus en plus.

Mais, outre ces médications n'ayant qu'un effet sugges-

tif et par suite plutôt psychiques, MM. Gélinau et Le Grix ont insisté sur l'emploi de certains médicaments ayant une action physique incontestable, savoir : la brucine, la guaranine, la strychnine et ses sels (1).

De même, dit encore M. Gélinau quand le substratum est goutteux, l'emploi de la colchicine ou d'une vieille mais puissante préparation, le vin de d'Anduran, aidera certainement à la guérison.

L'alimentation est certainement d'une grande importance au point de vue de l'état général et nous n'y insistons pas. Mais de plus, au point de vue de la basophobie, M. Séglas a remarqué que sa malade était plus basophobe le matin à jeun et dans la chambre à coucher. Elle avait alors des vertiges. L'ingestion des aliments, l'air vif, la lumière les faisaient disparaître. Ce fait qu'on retrouve également chez les agoraphobes ou chez les soi-disant agoraphobes doit être assez fréquent. Il est donc tout indiqué de ne procéder aux exercices de rééducation et d'entraînement qu'après avoir alimenté le malade, puis en plein air et à la lumière.

M. Ballet cite le cas d'un vieil hystérique alcoolique qui lui revenait de temps en temps basophobe lorsque de solides appoints alcooliques avaient réveillé en lui l'hystérie. Son émotivité hystérique et son abasie émotive diminuaient rapidement avec le régime lacté.

Un autre détail au sujet de la malade de M. Séglas mérite d'être noté. Elle avait également de l'angoisse dans la station assise si elle n'était pas appuyée au dos-

1. Gélinau, *les Déséquilibrés des Jambes* p. 111, 112 et 113.

sier de sa chaise. Mais, en voiture ou en wagon, même lorsqu'elle n'était pas appuyée, elle n'avait pas d'anxiété.

Ne pourrait-on pas, dans un cas pareil, procéder à l'entraînement de la malade par la sidérodromothérapie ou simplement par des promenades en voiture ?

Dans tout ce qui précède nous avons surtout envisagé la variété basophobique continue. Mais la plupart des moyens indiqués peuvent être également employés dans la variété par accès. Si, dans ce cas, la rééducation n'est pas à faire du moins d'après les modes préliminaires de la méthode, on devra cependant affermir peu à peu la volonté du malade par des exercices de marche et en le contraignant finalement à marcher au milieu des obstacles et des dangers. De plus, chez le tabétique, il y aura lieu également, par des exercices appropriés, de faire naître en lui de nouvelles sensations en vue de remplacer celles qui lui manquent pour l'équilibre et la coordination des mouvements. Enfin, chez ce dernier encore, la question de la suspension se pose d'une façon moins hypothétique.

II. — *Traitement psychique.* — Il viendra en aide au traitement physique et comme lui tendra, mais plus directement, à détruire l'idée phobique de l'impossibilité de la marche. A ce titre il devra varier suivant les circonstances.

Ainsi, dans la forme continue, lorsque le malade est surtout dominé par l'idée qu'il ne peut pas marcher, il faudra bien lui démontrer (1) qu'il en a la force. Il ne

1. Cette démonstration se fera d'ailleurs, non par des discours mais en obligeant le malade d'abord à se tenir debout puis à marcher tous les jours, d'après la méthode indiquée, et en le distrayant de son idée fixe.

faut pas craindre d'insister et de répéter la démonstration tous les jours. C'est ainsi que fut guérie complètement au bout de quinze jours, une malade de M. Rendu, tout à fait immobile dans le lit depuis plus de trois mois.

Rien n'empêche d'ailleurs, chez des malades particulièrement récalcitrants, de combiner la suggestion hypnotique à la suggestion à l'état de veille.

Dans la forme associée et par accès où le malade se montre surtout un phobique et où domine parfois cette émotivité vaniteuse que nous avons signalée, il faudra éviter tout ce qui pourrait le froisser dans son amour-propre.

A ce titre, l'isolement est tout indiqué, au moins dès le début du traitement. Ce fut un des procédés qu'employa M. Mirallié pour son hémiplegique. Il l'envoya à la campagne, chez un parent. « Là, dit M. Mirallié, la marche s'est considérablement améliorée. Dans le jardin, à l'abri de tout regard indiscret, le malade se promenait seul avec l'aide d'une canne ».

Le médecin lui-même, puisque ces malades ont leurs accès même devant le médecin, devra prendre garde de les intimider et avoir l'air de les considérer plutôt comme des hommes normaux. Il devra surtout recommander à la famille et à l'entourage de se comporter ainsi envers les malades, proscrivant toute allusion à leur infirmité. Il est évident, en effet, que les basophobes de cette catégorie ressemblent beaucoup aux timides et à ces éreutophobes si bien étudiés par MM. Pitres et Régis.

Or, ces auteurs ont très bien établi que l'éreutophobie

s'est développée le plus souvent peu à peu et a fini par constituer une véritable obsession, à la suite d'allusions intempestives à des rougeurs d'ailleurs physiologiques de l'enfance et de l'adolescence. De même, l'obsession de mal marcher ou de marcher d'une façon ridicule se fixera d'autant plus dans l'esprit de certains basophobes qu'on s'occupera davantage de leur infirmité, comme le démontrent très bien les observations de MM. Grasset et Mirallié.

Il y a, en effet, dans ces allusions à l'infirmité ou dans certains airs de commisération une vraie suggestion d'impotence locomotrice, pour certains malades neurasthéniques ou névropathes.

De même si, par suite de distraction ou pour tout autre motif, les basophobes sont en train de bien marcher, il ne faudra pas le leur faire brusquement remarquer, sous peine de s'exposer, à cet accident que signale M. Géliveau d'après le Dr Le Grix :

« Un ecclésiastique, d'une haute valeur scientifique, ne pouvait marcher, disait-il, et se faisait conduire dans une voiture roulante. Un jour on le rencontre, montant un escalier. Quoi ! lui dit-on, vous êtes donc guéri, vous marchez seul ? Au même instant, il s'écroulait comme une masse dans l'escalier. Il avait sans doute quitté sa petite voiture sans penser qu'il ne pouvait pas marcher.

Un mot l'avait fait rentrer dans son état habituel ».

Mais ce ne sont pas là les seules suggestions auxquelles les malades soient exposées. Il y en a de plus graves encore. Nous laissons de côté les suggestions du médecin

qui condamne pendant plus de trois mois à la « paraplégie » la malade que M. Rendu guérit ensuite complètement en quinze jours de suggestion contraire. Nous laissons aussi de côté le malade L... qui, après avoir passé six mois dans une petite salle d'hôpital « où l'on mettait, disait-il, ceux qui ne peuvent guérir », fut ensuite guéri par M. Dupré en un mois.

Il est d'ailleurs évident que le malade devra s'arranger pour ne pas recevoir et le médecin pour ne pas donner de telles suggestions.

Mais nous voulons surtout parler de cette suggestion due au dévouement mal compris d'un entourage inintelligent. Nous avons vu comment, d'après M. Bouveret, se développait et s'entretenait, chez certaines femmes neurasthéniques, l'asthénie neuro-musculaire qui peut ensuite aboutir à une staso-basophobie véritable. Dans ces cas, il ne faudra pas hésiter à soumettre les malades à l'isolement rigoureux de M. Weir Mitchell. C'est là d'ailleurs un procédé auquel il faudra toujours recourir lorsque dans des cas inverses du précédent comme dans celui de W..., (obs. XII), de mauvaises suggestion, familiales seront exercées sur l'esprit du malade.

Par contre, il est d'autres cas où il faudrait certainement plutôt favoriser le rapprochement familial. Tel nous paraît être le cas de L..., (obs. XI). Il nous semble, en effet, que s'il sortait de son égoïsme, peut-être pourrait-il en même temps sortir de sa torpeur et éprouver le besoin d'une certaine activité qui le pousserait à la marche.

Enfin, puisque nous avons vu à propos de ce malade, comme aussi à propos du précédent, qu'il y avait dans leur basophobie une certaine part sociale, en ce sens que

l'organisation sociale actuelle tend certainement à déprimer le vieux prolétaire et à le laisser croupir dans ses accidents de vieillesse, il faudrait, comme moyen prophylactique et curatif de certains cas de basophobie, une bonne loi sur les retraites ouvrières. Avec un peu d'argent, juste assez pour vivre, nous sommes sûr que L..., déjà très amélioré, serait totalement guéri de sa basophobie. « Mais à quoi ça me servira-t-il, nous disait-il un jour, de bien marcher, si je suis trop vieux et si je ne peux plus gagner ma vie ? »

Faut-il voir dans ces paroles un aveu naïf de simulation ? Cette idée nous est bien venue, mais nous ne l'avons pas admise un seul instant. Nous nous rappelons bien les leçons de M. Mathieu : « Rien de facile, dit-il, comme de simuler, au moins d'exagérer avec des maladies qui n'ont pas de symptômes objectifs. En qualité de médecin de chemins de fer, j'ai pu voir à plusieurs reprises des guérisons rapides (d'hystéro-neurasthénie traumatique) se faire après un jugement favorable, après l'obtention d'une indemnité ou d'une pension. C'est de la métallothérapie, non par l'or, mais par le billet de banque » (1).

Mais ces remarques de M. Mathieu ne sauraient s'appliquer exactement à notre syndrome, puisque nous avons quelques symptômes objectifs dans les symptômes concomitants, tels que l'accélération du pouls. Puis s'y appliqueraient-elles davantage ? nous préférons nous ranger à l'avis de M. Grasset, lorsqu'il répond : « Mathieu fait, ce nous semble trop de part à la supercherie ! Qu'un neuras-

thénique soit porté à exagérer son mal, à solliciter la pitié par une narration émouvante de ses misères, rien de plus vrai. Auto-suggestion, si vous le voulez; mais supercherie, non! Il y a une incapacité réelle de travail, cela suffit; peu importe le mécanisme! Quant à l'amélioration qui succède et dont on semble faire un crime au névrosé, quoi de plus naturel? La névrose attisée par les soucis et la préoccupation de l'attente, se calme au contact d'une décision définitive, surtout quand elle est favorable; la pluie d'or agit comme une douche bienfaisante sur un système nerveux surexcité (1). »

M. Charcot insistait souvent pour qu'on ne confondit pas les accidents hystériques ou autres « par imagination » avec les accidents « imaginaires ». La même distinction s'impose à l'égard d'un syndrome simulé et ce même syndrome produit réellement par l'imagination, dans certaines circonstances déterminées et dont on voit très bien la genèse.

Aussi, dans le traitement, et c'est par là que nous terminerons, tous les auteurs insistent-ils sur la nécessité de s'opposer à ce travail de l'imagination, d'affranchir le malade de tout souci, et de le distraire le plus possible afin, dit M. Séglas, de favoriser l'exécution automatique inconsciente des actes qu'il ne peut accomplir sans angoisse.

1. Grasset. *Maladies du système nerveux*, 4^e éd., p. 401.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(De M. Neftel, in *Virchow's Archiv*, XCI, 3, p. 464, 1883, rapportée par M. Bouveret dans son ouvrage : *La Neurasthénie*, p. 95).

Sous le nom d'atrémie, un médecin américain, M. Neftel a décrit un état nerveux tout à fait comparable au syndrome que j'ai moi-même observé chez mes deux malades.

L'auteur déclare avoir rencontré un certain nombre de cas semblables ; tantôt l'atrémie existait seule, tantôt elle était associée à l'hystérie ou à des affections utéro-ovariennes. Des quatre observations que rapporte M. Neftel dans son mémoire, la première me paraît être la plus digne d'intérêt. Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, mariée, sans enfant, dont l'utérus n'est pas malade et qui ne présente aucun symptôme hystérique. Elle a des antécédents héréditaires névropathiques. « Depuis six ans elle reste au lit, ne pouvant ni marcher, ni se tenir debout, ni même rester assise, bien qu'elle n'ait aucune paralysie véritable. Elle est toujours étendue parce que le moindre effort pour marcher, se tenir debout provoque le développement d'un état très pénible ; alors elle est prise de défaillance, de nausées, de dyspnée subjective, de malaises dans la tête, dans le dos dans la région épigastrique et même de diarrhée. Elle affirme

que tout cela n'est pas le vertige, elle décrit et localise avec ses doigts les sensations particulières de vibration, de trépidation qui s'irradient de la tête au dos, à l'épigastre et jusque dans les orteils ». C'est une femme intelligente et instruite ; elle n'est point hystérique, et, ajoute M. Neftel, elle ne cherche nullement à se rendre intéressante. Son état lui est pénible et elle souhaiterait fort d'en être débarrassée. Il n'y a aucun signe d'une affection organique quelconque. Mais on retrouve dans cette longue observation une foule de traits qui appartiennent sans conteste au tableau clinique de la neurasthénie tels que l'extrême sensibilité des yeux à la lumière, les bruits dans les oreilles, les sensations de vide ou de constriction dans la tête qui n'est jamais libre, les hypéresthésies locales qui parfois s'étendent à toute la surface du tégument l'impossibilité de lire, l'aggravation de tous les maux pendant la digestion, à ce point que, après avoir mangé, la patiente est obligée de rester les yeux fermés, immobile, dans le calme et le silence le plus complet. Un autre détail n'est pas moins caractéristique ; si son médecin lui inspire quelque confiance, la malade est intarissable dans le récit de ses souffrances. Chez cette femme, l'atrémie, qui date de loin, procède par accès en général de très longue durée, dans l'intervalle desquels la santé physique et morale paraît se rétablir entièrement. Un accès a cessé spontanément et brusquement ; un autre a cédé très lentement et probablement sous l'influence du traitement.

OBSERVATION II

(In Bouveret, *La Neurasthénie*, 2^e édit. Paris 1891, p. 94).

Il y a quelques années, j'ai rencontré une forme étrange de l'anxiété neurasthénique, qu'on pourrait désigner du nom de *stasophobie* ou peur de la station verticale. Il s'agit d'une femme qui, entre autres symptômes neurasthéniques, ne peut quitter la situation horizontale. Depuis fort longtemps elle reste au lit, étendue sur le dos, déclarant qu'elle ne peut absolument pas se tenir debout. Elle ne présente aucune trace de paralysie ou d'une affection organique quelconque des centres nerveux. Je voulus la faire lever. A peine debout, elle fut prise d'un état d'angoisse effrayant, avec oppression, palpitations, pâleur de la face, et il fallut promptement la remettre au lit. Cet état ressemble sans doute à l'abasie et à l'astasia hystériques, récemment décrite par M. Charcot et ses élèves ; mais il en diffère cependant par l'apparition de cette angoisse extrême, dès que la patiente est mise sur ses pieds. Dans aucune des observations qui forment la base du travail de M. Blocq et que j'ai lues très attentivement, il n'est question de cet état anxieux avec troubles inquiétants de la circulation et qui est si caractéristique dans l'histoire de ma malade.

OBSERVATION III

(In Bouveret, *La Neurasthénie*, 2^e édit. Paris 1891, page 95).

J'ai vu un second cas de cette peur de la station verticale, encore chez une femme neurasthénique. Elle était au lit de-

puis plus d'un an. Celle-là ne pouvait même pas s'asseoir sur son lit. Elle était prise d'une sorte de terreur dès qu'on voulait la mettre sur séant. Elle fut soumise au traitement systématique de M. Weir-Mitchell. Elle guérit au bout de six mois. Mais il fallut beaucoup de temps et de patience pour arriver à la faire passer du décubitus horizontal à la station assise.

OBSERVATION IV

(De M. Séglas, *in Médecine moderne*, 8 janvier 1891 et *in Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. (Salpêtrière, 1887-1894).

Mlle A..., quarante ans, après une période de préoccupations morales et de surmenage, fut prise subitement il y a un peu plus de deux ans, de douleurs dans les genoux et dans les jambes, s'accompagnant d'une faiblesse telle qu'elle pouvait difficilement se tenir debout et que, lorsqu'elle voulait essayer, elle avait la sensation que si elle faisait un pas, elle allait être précipitée à terre.

Un peu plus tard survinrent des douleurs de tête se caractérisant par une sensation de pesanteur sur le vertex, et de resserrement des régions latérales et postérieure ; craquements dans la nuque. Puis, à ce cortège de symptômes se joignirent des troubles de la digestion : perte de l'appétit, digestions paresseuses, chaleur à la tête, ballonnement de l'estomac, parfois des éructations ; constipation, somnolence après les repas ; perte du sommeil la nuit.

Pendant ce temps, les troubles de la marche s'étaient aggravés et la malade avait de véritables vertiges. Il se pré-

sentaient surtout le matin et à jeun ; sensation de faiblesse des jambes, avec oscillation latérale ou d'avant en arrière, sensation de soulèvement du sol, de déplacement des objets environnants, de brouillards devant les yeux, de vide dans la tête. Ce vertige se présentait, comme je vous l'ai dit, à jeun et le matin, dans la chambre à coucher. Parfois même, il survenait au lit, dès le réveil. L'ingestion des aliments, l'air vif, la lumière, le faisaient disparaître.

A la même époque se montrèrent des troubles dans le fonctionnement des facultés intellectuelles ; difficulté de fixer l'attention, de grouper les idées, ou associations involontaires entraînant la malade dans une sorte de rêve, tout éveillée ; obnubilation de la mémoire, préoccupations hypochondriaques, irritabilité du caractère ; lenteur générale, sorte d'indécision de tous les mouvements.

Aujourd'hui, ce qui prédomine, c'est le trouble de la station debout et de la marche.

Les anciens vertiges ont disparu pour faire place, l'hiver dernier, à la suite d'une atteinte d'influenza, à un état ressemblant un peu à l'astasia-abasie.

Sans avoir aucun sentiment de vertige, la malade ne peut plus se tenir debout ; à plus forte raison la marche lui est-elle impossible. Mais, de plus tôt qu'on cherche à la lever, elle est prise, à peine debout, d'une angoisse extrême avec sensation d'oppression à l'épigastre, palpitations, pâleur de la face, sueurs froides, tremblement, sensation de défaillance imminente, crainte de mourir. Cet état ne cesse que si l'on recouche la malade, ce que l'on se trouve d'ailleurs obligé de faire tout de suite. Lorsqu'on cherche à la faire marcher en la soutenant par les deux bras, parfois elle peut faire quel-

ques pas, puis elle tombe dans le même état d'angoisse.

Il est également provoqué par la station assise, à moins toutefois qu'elle ne soit fortement appuyée au dossier de son siège. Comme les malades de MM. Charcot et Blocq, elle peut se déplacer en restant assise et en avançant son siège, mais à la condition expresse qu'elle reste appuyée au dossier. En voiture ou en wagon, même lorsqu'elle n'est pas appuyée elle n'a pas d'anxiété.

Il en est de même lorsqu'on peut distraire fortement son attention.

Au point de vue physique, cette malade ne présente aucune trace de paralysie, ni d'incoordination motrice. La sensibilité est intacte dans tous ses modes, le sens musculaire normal, les réflexes rotuliens un peu exagérés. Les organes des sens, ouïe et vue, sont, à tous égards, absolument intacts. Les artères sont souples, il n'y a rien au cœur; les urines sont normales. L'état des fonctions digestives s'est considérablement amélioré. La menstruation est régulière.

OBSERVATION V

(De MM. Debove et Bouloche, in *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, tome X^e, 3^e série, 1893).

La nommée Am... (Ch.), âgée de quarante-huit ans, est amenée à l'hôpital le 15 octobre 1892; elle est absolument hors d'état de se tenir debout et de marcher. Elle avait toujours joui d'une excellente santé; elle n'était pas nerveuse ou plutôt ne se croyait pas nerveuse; elle avait cependant une sœur sujette à des attaques de nerfs.

Il y a dix ans elle éprouva un jour une émotion très vive en apprenant qu'une de ses parentes venait de tomber malade ; elle eut immédiatement un trouble de la locomotion tel qu'elle ne put descendre l'escalier et qu'elle demeura paralysée (?) pendant deux jours.

Elle se remit mais incomplètement, car à partir de ce moment, elle remarqua que peu à peu il lui devenait difficile, puis impossible de traverser une rue ; elle n'avait pas d'angoisse, mais une peur inexplicable ; il semblait que ses jambes lui refusaient le service ; elle ne pouvait s'aventurer sur un espace découvert qu'en donnant le bras à quelqu'un ou même simplement en se faisant accompagner. Cet état dure depuis dix ans et s'aggrava progressivement ; elle put néanmoins vaquer à ses occupations jusqu'à ces deux derniers mois. Alors elle devint incapable de marcher, même dans sa chambre.

A l'hôpital, en l'examinant, nous constatons qu'elle ne peut quitter son lit ; elle exécute avec précision, lorsqu'elle est dans le décubitus dorsal, tous les mouvements qu'on lui commande, mais lorsqu'on veut la mettre debout, ses jambes fléchissent et elle tomberait si on ne la soutenait. Nous disons soutenir, le mot n'est pas absolument exact, car il suffisait de lui donner la main pour que la station fût possible. Il en était de même de la marche ; seule, la malade était incapable de marcher, mais dès qu'on lui donnait la main elle pouvait aller parfaitement d'un bout à l'autre de la salle. Il s'agissait donc d'un phénomène psychique, d'une sorte de peur ; la malade s'en rendait fort bien compte : « J'essaie de me raisonner, disait-elle, mais c'est plus fort que moi ».

Elle ne présentait aucune modification de la sensibilité

générale ou spéciale, aucun affaiblissement de la force musculaire. Le réflexe tendineux du genou avait disparu sans qu'il y eût aucun autre signe tabétique. Elle était émotive, pleurant facilement, avait quelques douleurs vagues dans le tronc et les membres, des migraines fréquentes ; mais il n'y avait chez elle aucun stigmate hystérique.

Peu à peu, sous l'influence d'une sorte d'entraînement progressif, nous avons réussi à faire marcher la malade, d'abord en la tenant par le bras, puis en nous plaçant à côté d'elle.

Lorsqu'elle est sortie de l'hôpital, elle allait assez bien. Nous l'avons revue un mois plus tard : elle pouvait marcher seule, excepté quand il fallait traverser une rue ou descendre un escalier.

Nous ferons remarquer que le trouble observé ici n'a pas été passager, puisqu'il persistait depuis dix ans. Il n'est pas non plus démontré qu'il s'agisse d'un accident d'origine hystérique, car nous n'avons pas observé chez notre malade de stigmate d'hystérie.

S'agit-il d'agoraphobie ? Il est certain que le syndrome présente une certaine ressemblance avec l'agoraphobie, puisqu'il y avait impossibilité de traverser les espaces découverts, mais avec cette différence cependant qu'on ne retrouvait pas ce sentiment d'angoisse si fréquent chez les agoraphobiques, et que, de plus, la malade ne pouvait absolument ni se tenir debout, ni marcher même dans un espace très limité. Si nous voulons donner une idée exacte de ce que nous avons constaté chez notre malade, nous dirons qu'il s'agissait d'une staso-basophobie, c'est-à-dire d'une peur, d'une phobie rendant la marche et la station debout impossibles.

Mais si nous croyons devoir distinguer la basophobie de l'agoraphobie, nous ne pouvons nier les liens intimes qui les unissent. C'est ainsi que notre malade, après avoir été pendant plusieurs années agoraphobique, c'est-à-dire atteinte de la peur des espaces découverts, n'a ressenti que longtemps après cette crainte de la marche que nous proposons de désigner sous le nom de basophobie.

OBSERVATION VI

(De MM. Debove et Bouloche, *in* Société médicale des Hôpitaux de Paris, tome X, 3^e série, 1893).

La parenté de ces deux états névropathiques (agoraphobie et basophobie) était très évidente chez un individu que nous avons observé récemment.

Un homme de 38 ans présentait depuis huit années le syndrome classique de l'agoraphobie ; peu à peu cet état s'aggrava ; le malade devint incapable de marcher dans sa chambre ; il dut être amené à l'hôpital sur un brancard. Seul, il ne pouvait faire un pas, mais quand on lui donnait la main, quand on lui persuadait qu'il ne courait aucun danger, il marchait tout à fait bien. Après un séjour très court à l'hôpital, la basophobie disparut, mais l'agoraphobie persistait : le malade était absolument incapable de traverser seul une rue ou un espace découvert ; il était pris aussitôt de vertige et d'angoisse ; par contre, ces accidents disparaissaient aussitôt qu'il marchait le long d'un mur ou au bras de quelqu'un ; il y a eu chez cet individu une basophobie de peu de durée qui est venue compliquer une agoraphobie existant depuis fort longtemps.

OBSERVATION VII

(De M. le Professeur Grasset *in Semaine médicale*, 15 août 1891, et *in Leçons de clinique médicale*, 2^e série, pages 591 et suiv.).

Basophobie ou abasie phobique chez un hémiplégique.
(*Hémineurasthénie post-hémiplegique*).

Je viens d'observer, avec mon distingué confrère, le Dr Cassan (de Nîmes), un hémiplégique qui présente une particularité curieuse, dont l'analyse diagnostique me paraît cliniquement intéressante pour le pronostic et le traitement de certaines formes de paralysie.

Dans certaines circonstances (que nous préciserons), ce malade marche passablement, comme un hémiplégique vulgaire.

Puis, dans d'autres circonstances, dans la rue, par exemple, il ne peut plus marcher du tout : la jambe paralysée se fléchit, se contracture, lui refuse tout service ; il est pris d'une angoisse inexprimable ; son corps se couvre de sueur et il tomberait si on ne le retenait.

Il y a là un symptôme bien curieux, qui empoisonne littéralement la vie du malade et dont le pronostic variera beaucoup suivant le diagnostic que l'on portera sur sa nature.

Notre homme, âgé aujourd'hui de 48 ans, a eu la syphilis il y a vingt-trois ans et est hémiplégique à gauche depuis dix-sept ans. Il le devint après un accident de voiture.

Probablement, la syphilis avait entraîné des artérites et, sous l'influence du choc traumatique, la lésion organique (hémorragie) s'est développée : c'est, si l'on veut, une *hémip-*

plégie parasymphilitique, pour employer l'expression de M. le Professeur Fournier.

Cette hémiplégie est une hémiplégie vulgaire, qui n'a rien à voir avec une paralysie hystérique.

Le 15 juillet dernier, quand M. Cassan et moi examinons le malade, il présente une paralysie presque complète du bras gauche avec contracture incomplète. La paralysie de la jambe est incomplète, sans contracturé, avec exagération considérable du réflexe rotulien de ce seul côté. La sensibilité est normale. C'est donc une histoire d'hémiplégie vulgaire.

Quand on fait marcher le malade dans son appartement sa démarche est banale : il marche sans canne, en traînant la jambe gauche, en fauchant un peu.

Tout est classique jusqu'ici.

Le tableau est absolument différent, dès que le malade veut essayer de marcher en public, dans la rue, sur une place.

Dès qu'il paraît sur la porte de sa maison, avant de mettre le pied sur le trottoir, il est pris d'une appréhension horrible, d'une angoisse qui l'étreint douloureusement ; la jambe paralysée se raidit, se fléchit, lui refuse tout service ; il devient très rouge, sue abondamment ; finalement, au lieu d'avancer, il se cramponne au premier objet venu pour ne pas s'effondrer, et tomberait s'il ne trouvait rapidement un point d'appui solide.

Le contraste est frappant entre cette impotence absolue et la démarche du malade dans sa chambre : chez lui, c'est un hémiplégique ordinaire ; dans la rue, c'est un astasique-abasique.

Cet état a, en effet, de grandes analogies avec le syndrome de Blocq.

J'ai depuis quelque temps, dans mon service, un astasique-abasique célèbre, en voie de guérison, dont Charcot a publié et étudié l'histoire dans ses *Leçons du mardi*. Dès qu'on le mettait debout, les deux jambes se fléchissaient, en contractions, ne pouvaient plus le porter, et il s'effondrait si on ne le soutenait immédiatement.

Il y a de grandes analogies entre cet état et celui de notre malade ; mais il y a aussi de sérieuses différences, qui font qu'en réalité je ne crois pas ce dernier atteint d'astasie-abasie.

D'abord il n'est pas astasique. Il se tient debout sans appui, pourvu qu'il ne se sente pas menacé de marcher en public. De plus, s'il est abasique, il ne l'est que d'une jambe et surtout il ne l'est que dans certains cas. Dans sa chambre, il marche bien ; tandis que l'astasique-abasique, qui fait tous les mouvements désirés sur son lit, ne peut pas marcher, au moins dans les conditions physiologiques.

Notre malade, pour marcher dans son appartement, n'a besoin ni de croiser les jambes, ni de cheminer sur les genoux. Donc, il ne présente pas le syndrome de Blocq.

Cet homme est cependant abasique dans le sens étymologique du mot ; mais il est abasique pour un motif spécial, par appréhension, par peur, par phobie : il a de la *basophobie* ou de l'*abasie phobique*.

Ce qui le prouve ; c'est d'abord le genre de malaise qu'il éprouve au moment de marcher en public ; il n'y a pas simplement la fatigue physique qu'éprouve le paralytique pour traîner un membre lourd et impotent ; il y a une véritable

angoisse, comme s'il courait les plus grands dangers, comme s'il allait être précipité dans un gouffre, comme si de sa conduite dépendaient les existences les plus chères ; il est serré par l'émotion, il devient rouge, il sue, il suffoque, il défaille : c'est l'angoisse dans toute l'étendue et l'horreur du mot.

Ce symptôme qui a commencé à apparaître petitement et graduellement il y a trois ou quatre ans, a pris surtout une extension notable, est devenu gênant il y a dix-huit mois, à la suite d'une violente émotion morale éprouvée par le malade à la suite d'une altercation avec un locataire.

Au début, c'est sur les places un peu larges que notre homme ne pouvait pas marcher sans angoisse : c'était de l'agoraphobie. Puis les espaces difficiles ou impossibles à franchir se sont rétrécis. Aujourd'hui la rue elle-même, le trottoir sont devenus inabordables. Il marche moins mal dans une rue plus étroite. Chez lui, il arrive à mal marcher dans une pièce obscure à laquelle il n'est pas habitué.

De plus, certaines circonstances exaspèrent encore le symptôme. Quand le malade a éprouvé une fois son angoisse dans un endroit donné, c'est fini, il ne peut plus ultérieurement franchir le même endroit.

L'impotence devient surtout grande si quelqu'un passe, s'approche ; elle devient absolue si c'est une personne de connaissance qui pourrait être tentée d'aborder notre malade et de causer avec lui.

OBSERVATION VIII

De M. le Dr Ch. Mirallié (de Nantes), in *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, 9^e session, Angers 1898).

Il nous a été donné d'observer un malade dont l'histoire

semble calquée sur celle du malade de M. le professeur Grasset et que la rareté nous engage à rapporter.

M. X.... âgé d'environ 45 ans, a été frappé subitement d'hémiplégie droite avec aphasie en 1895. Après une première période d'amélioration, le malade se soumit pendant un an à un traitement électrique qui n'eut d'autre résultat que d'exagérer la contracture et par suite de rendre la marche presque impossible. Cette aggravation fut le point de départ de troubles psychiques considérables.

Nous sommes appelés à voir le malade le 6 avril 1897. Les antécédents sont peu chargés. Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Le malade a toujours joui d'une bonne santé ; il a toujours exercé la profession de boulanger, et était soumis, par suite de la distribution de la maison, à de brusques variations de la température. Jamais d'affection vénérienne. Le malade buvait beaucoup de vin blanc, parfois des apéritifs, l'éthylisme est indéniable.

L'hémiplégie droite est très accentuée. La face présente une déviation nette vers la gauche, la commissure buccale est déviée de ce côté, la langue tirée hors de la bouche s'incline fortement à gauche. Le facial supérieur droit est manifestement parésié : les rides frontales ont disparu, la queue du sourcil est abaissée : le malade peut élever et abaisser les sourcils, mais par saccades et moins à droite qu'à gauche. La paralysie du bras est complète ; les segments du membre sont immobilisés en flexion par la contracture, les doigts sont repliés dans la paume de la main. La contracture est aussi très accentuée à la jambe ; le malade peut cependant lui imprimer des mouvements, plus facilement qu'au bras.

La force musculaire des membres est assez bien conservée, le malade résiste assez bien aux mouvements passifs de flexion et d'extension. Exagération considérable des réflexes rotatifs et radiaux droits ; trépidation épileptoïde du pied et de la main.

Aphasie motrice incomplète : difficulté à articuler les mots ; parle lentement (jadis il parlait très vite) ; léger degré de paraphasie, change des syllabes dans un mot, ou dit un mot pour un autre ; s'en aperçoit et rectifie ; peut prononcer spontanément presque tous les mots. Cécité verbale mais non cécité littérale ; aurait eu jadis de la surdité verbale qui est aujourd'hui disparue. Impossible de le décider à faire des essais d'écriture.

Telle est l'histoire de son hémiplogie ; arrivons au point le plus spécial de cette note.

Ce qui nous frappe le plus dans l'histoire de ce malade est le fait suivant : dans la salle à manger située au rez-de-chaussée, il marche assez facilement avec l'aide d'une chaise ou le bras de sa femme. Mais quelqu'un vient-il le voir, veut-il se promener dans son magasin et surtout dans la rue, il lui est impossible de faire un seul pas. La jambe se tétanise et il est pris d'une angoisse extrême, sa face devient vultueuse et se couvre de sueur et il menace de tomber. Un autre incident digne d'être noté. Pour se rendre à la chambre à coucher située au premier étage, le malade a à traverser un couloir et à monter un escalier dont les marches sont larges et peu élevées ; cet escalier présente deux angles droits séparés par un palier où sont situées deux marches. Chaque soir le malade traverse assez facilement le couloir, monte les deux premières marches de son escalier et arrive au premier tour-

nant ; à ce moment, jamais plus tôt, jamais plus tard, le malade s'arrête dans l'impossibilité absolue d'avancer : l'angoisse est extrême et oblige le patient à s'asseoir ; au bout de quelques minutes l'angoisse se calme ; le malade reprend sa marche et monte sans difficulté le reste de l'escalier. Chaque soir la scène se renouvelle identique à elle-même. Le malade fort intelligent se rend parfaitement compte de ses caractères. Dès qu'il voit l'escalier il songe qu'il ne pourra pas dépasser ce tournant où il ne se sent pas appuyé suffisamment, alors sa jambe se contracture, sa volonté devient impuissante à le porter en avant ; elle lui semble se contourner sur elle-même, c'est alors que l'angoisse est à son maximum et qu'il est forcé de s'asseoir. De même ce qui l'empêche de marcher hors de chez lui, « c'est, dit-il, la peur de tomber et d'exciter la commisération de ses voisins ».

Le malade est désolé de son état dont il accuse l'électrification ; il est convaincu qu'il ne guérira jamais. Il reste comme par le passé vif et emporté.

Pas de stigmatisme d'hystérie ; aucun trouble de la sensibilité profonde ni superficielle sous aucun de ses modes ni du côté paralysé ; pas de zone hystérogène ; pas de rétrécissement du champ visuel ; pas de boule hystérique même au moment des crises.

10 mai 1897. — Le malade a, sur nos conseils, passé un mois à la campagne chez des parents. Là, la marche s'est considérablement améliorée. Dans le jardin, à l'abri de tout regard indiscret, le malade se promenait seul, avec l'aide d'une canne ; mais dès qu'il met le pied dehors la difficulté augmente, cependant l'angoisse est moins violente et le malade peut s'appuyer sur un bras, faire quelques pas.

De retour chez lui, le malade monte beaucoup plus facilement dans sa maison ; la contracture de la jambe s'est beaucoup atténuée. Assis, le malade exécute spontanément tous les mouvements commandés sans hésiter et sans manquer le but. Sa force musculaire est parfaite. Quand nous essayons d'allonger la jambe fléchie, nous attirons le malade avec son fauteuil, mais la jambe reste fléchie. Au bras la contracture est plus accentuée surtout à l'épaule ; le malade peut faire quelques mouvements du coude et du poignet. Non seulement la marche à la maison est possible, mais encore le malade reste un certain temps debout sans fatigue, et peut même tenir à cloche-pied sur sa jambe paralysée.

Au bout de quelques jours l'angoisse ancienne reparaît pour la marche hors de la maison : impossible de sortir sur le trottoir ; chaque soir la scène de l'escalier se renouvelle. Notre seule présence suffit à lui causer une certaine angoisse. Quand nous avons voulu le faire marcher, la jambe droite s'est contracturée, et tout pas en avant a été impossible pendant quelques minutes ; peu à peu l'angoisse s'est dissipée et le malade a pu monter, mais moins facilement, affirme-t-il, que quand il est seul avec sa femme. Nous le conduisons alors à son escalier et nous assistons à la scène : angoisse extrême, facies vultueux, sueur profuse, contracture ou extension de la jambe droite ; le malade est obligé de s'asseoir ; au bout de quelques minutes la crise a disparu et le malade monte sans aucun incident tout son escalier.

Nous essayons alors la suggestion. Nous lui démontrons d'abord la force musculaire de sa jambe, sa souplesse ; nous lui affirmons que peu à peu il reprendra la libre disposition

de sa jambe et lui prescrivons une potion anodine, associée à de l'iodure en qui le malade a une confiance absolue.

Peu à peu l'amélioration s'annonce. Nous avons d'ailleurs été favorisé par ce fait que la contracture organique de la jambe et du bras s'est singulièrement atténuée. Actuellement le malade se sert assez librement de son bras pour les usages courants. La marche est plus facile : chez lui il monte seul et facilement. Ma présence lui rend toujours la marche plus pénible, mais il n'a plus d'angoisse en ma présence. Le soir il monte son escalier facilement, d'une traite, sans aucune angoisse. Mais nous n'avons pu encore le décider à marcher dans la rue. Il a peur d'être repris de son angoisse et ne se sent pas encore assez sûr de lui; il y a cependant de ce côté une amélioration notable, puisque l'angoisse n'existe plus et qu'il n'y a plus que la peur de l'angoisse.

OBSERVATION IX

(De M. le Dr Pierre Parisot (de Nancy) in *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*. 9^e session, Angers 1898).

Il s'agit d'un nommé B..., âgé de 55 ans, qui exerçait la profession de comptable.

Dans sa famille, je relève le cas d'une nièce qui était « simple d'esprit, dit-il, et mourut à la Salpêtrière ». Lui-même a eu dans son enfance des convulsions suivies d'hémiplégie gauche avec atrophie musculaire et pied-bot équin; il bégaye depuis sa jeunesse : il nie toute syphilis. A l'âge de 44 ans il a présenté les premiers signes d'incoordination motrice avec douleurs fulgurantes dans le tronc et dans les

membres inférieurs, crises gastriques et diplopie passagère.

Avant son entrée à la clinique (à l'hospice Saint-Julien de Nancy) il ne pouvait, prétend-il, marcher sans le secours de deux bras.

Ces commémoratifs décèlent le tabes que l'examen pratiqué le 23 janvier 1898 vient confirmer. Je note entre autres les symptômes suivants :

Abolition des réflexes patellaires et crémastériens, exagération du réflexe abdominal, retard notable des perceptions douloureuses, diminution du sens musculaire, douleurs vésicales, rétention d'urine intermittente, ataxie qui s'exagère par l'occlusion des paupières.

Désireux d'appliquer sur lui la méthode de Frenkel (10 juin 1898), je ne tarde pas à reconnaître son anxiété lorsque je veux le faire lever de son fauteuil et marcher. Quand il est au repos, son pouls bat à 72 par minute, quand je lui parle de le faire marcher et de le laisser seul s'avancer en pleine rue, le pouls s'élève à 88.

Un infirmier le soutient-il sous un bras, il est rassuré et marche dans la salle, et si peu à peu l'infirmier cesse de le tenir et le quitte même complètement sans qu'il s'en aperçoive, le malade continue à avancer, mais si je dis alors à haute voix à l'infirmier de le lâcher, son visage pâlit, se couvre de sueurs, son pouls bat à 130, le malade s'arrête et il cherche à s'accrocher au lit devant lequel il passe. Je répète plusieurs fois cette expérience devant mes élèves et toujours avec le même résultat.

Un jour que je lui proposais de l'envoyer seul à la promenade, il fut pris d'angoisse et me déclara nettement qu'il « aimait mieux mourir » ; il ne veut pas marcher seul par

peur de tomber. Cette peur n'existait nullement chez lui avant que l'incoordination des mouvements n'ait apparu.

La rééducation des mouvements jointe à des paroles capables de lui rendre confiance avait permis au bout d'une quinzaine de jours de le faire marcher seul dans la salle. Malheureusement le traitement a été interrompu et bien rapidement l'ataxie a été repris de cette basophobie qui semblait vouloir disparaître.

OBSERVATION X

De M. le D^r Pierre Parisot (de Nancy) *In Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* (9^e session Angers, 1938).

Cette observation concerne une ouvrière R..., âgée de 41 ans. Son père était alcoolique et sa tante paternelle aurait été atteinte d'une maladie nerveuse avec trouble de la marche.

La malade était sujette à des crises de nerfs, suivant son expression, quand elle avait ses règles. .

A l'âge de 30 ans, elle eut de la diplopie passagère, à 34 ans des lancées dans les jambes et des crises gastriques, et à 36 ans de l'incertitude dans la marche. Un jour, en sortant de son travail, elle a senti ses jambes se dérober et depuis cette époque seulement elle a peur de tomber en marchant.

Elle offre actuellement tous les symptômes classiques du tabés : signe de Romberg et de Westphal, perte du sens musculaire (la malade perd ses jambes dans son lit et la nuit elle va à leur recherche avec la main).

Douleurs passagères dans les jambes, constriction thoracique, hyperesthésie suivant le trajet des 9^e et 10^e nerfs inter-

costaux gauches, retard peu marqué de la sensibilité cutanée, pas de stigmates d'hystérie.

Etant au lit la malade lève les jambes à plus de 30 cent. du plan du lit avec quelques oscillations ; en marchant l'ataxie n'est pas très marquée.

« Quand je veux marcher, dit-elle, je pense que je vais tomber ». Elle ne s'avance dans la salle qu'en s'appuyant à tous les lits, si on la place au milieu de la salle, elle éprouve une constriction épigastrique avec gêne respiratoire et anxiété ; ses jambes se raidissent et elle ne peut plus faire un pas, le pouls augmente de fréquence et de 100 passe à 129. Si sur mes instances, elle essaya de marcher, à son ataxie se surajoute un tremblement engendré par la peur. Au contraire si on la soutient légèrement, ou même si on fait seulement le simulacre, elle marche avec une légère incoordination sans présenter de tremblement appréciable. La basophobie n'est certes pas ici proportionnelle à l'ataxie.

Quand la malade se trouve en haut d'un escalier, elle est prise d'une sensation vertigineuse qui vient encore augmenter sa basophobie ; la première fois qu'elle avait senti ses jambes s'effondrer sous elle, c'est précisément en descendant un escalier. Cette ataxique sait que d'habitude, à la visite je la fais marcher ; aussi à mon entrée dans la salle, sans que je m'approche de son lit, est-elle prise d'une véritable angoisse. L'augmentation de fréquence du pouls constatée par mon interne en est une des manifestations les plus facilement appréciables.

OBSERVATION XI (personnelle).

L..., cinquante-sept ans, garçon de bains, a été envoyé par l'Administration de l'Assistance publique, dans le service des chroniques de M. Dupré, à Laënnec. Il vient de l'Hôtel-Dieu, d'un service de maladies aiguës d'où il a été renvoyé parce que son cas était, disait-il, irrémédiable et qu'il ne pouvait plus marcher.

On ne peut rien savoir sur ses antécédents héréditaires si ce n'est que son père est mort à 35 ans et sa mère à 76. Il a un frère, garçon de bains comme lui, âgé de 55 ans et travaillant encore. Il a deux enfants, un garçon et une fille, mais qu'il n'a pas élevés lui-même et sur lesquels il ne peut donner de renseignements.

Comme antécédents personnels une petite vérole et des accidents rhumatoïdes dont nous allons parler. L'état physique est bon ; rien au cœur, rien dans les urines, les artères sont assez souples. Le malade paraît cependant plus vieux que son âge ; il est presque tout blanc.

Il présente un état psychique assez banal, au fond, mais qu'il importe cependant de relever. C'est un débile au triple, point de vue intellectuel, affectif et actif. Une seule chose existe énergiquement en lui, c'est l'instinct de conservation qui semble avoir été et être encore plus que jamais le seul moteur de toutes ses actions.

Intellectuellement, il rappelle le fameux Sancho Pança de *Don Quichotte*, moins le bon sens. Il en a le verbiage continu, la manie de proverbes, et il le dépasse par sa naïve crédu-

lité. Il en a d'ailleurs aussi le physique grassouillet, bedonnant et assez souvent satisfait

Il n'a jamais eu aucune affection et n'a jamais fait preuve de courage ni d'une activité bien grande. Il a vécu à Paris pendant le siège, ayant alors 27 ans, en parfait couard. Gardé national par force, il se félicitait de n'avoir à monter la garde que sur un point où il ne courait aucun danger. « Je n'étais pas, dit-il, de ces têtes brûlées à aller toujours de l'avant ; je suis comme l'Anglais, je comprends qu'on fasse tuer les autres, mais moi pas ». Comme il était seul et avait alors quelque argent, il s'occupait surtout de sa nourriture, marchandant des victuailles et se soignant aussi bien que possible. Pendant la Commune il se cacha, non pas qu'il était partisan des Versaillais, mais pour ne pas s'exposer aux balles. C'est alors qu'il eût la petite vérole, maladie providentielle qui lui permit de narguer, modérément du reste, les quatre hommes et le caporal de la Commune qui étaient venus le chercher dans sa chambre pour l'enrôler.

A trente ans il se maria et fit un mariage avant tout d'intérêt, dit-il. Sa femme est morte. Il regrette que ce ne soit pas son beau-père. Car alors « j'aurais le bien, dit-il, et je ne serais pas ici ». Il vit d'ailleurs presque sans aucune relation avec ses deux enfants qui demeurent avec le beau-père.

Nulle entreprise dans vie. A trente ans cependant il prend la direction d'une maison de bains, mais il doit bientôt y renoncer pour mauvaises affaires. Depuis il est simple garçon pestant contre la dureté des temps, contre les exigences des clients qui le font remonter sans cesse à leurs cabines, lui coupent les jambes et sont cause de ses rhumatismes et de sa « paralysie ».

En effet, la grande maladie dont se plaint notre homme consiste dans une série d'attaques rhumatoïdes qui auraient débuté lorsqu'il avait trente-cinq ans.

La première attaque survint à la suite d'une « grande course faite en plus du travail de la journée ».

Le pied droit s'est enflé, est devenu rouge, mais au cou-de-pied seulement. Le malade n'eût pas de fièvre. Un médecin appelé prescrivit le repos et des cataplasmes de farine de lin. Notre homme resta ainsi huit jours assis dans un fauteuil forçant, dit-il, pour marcher, mais alors sautant sur le pied sain et seulement pour manger et aller aux cabinets. Au bout de huit jours, le mal s'étant calmé, le malade a repris ses occupations.

Depuis cette époque le malade a éprouvé les mêmes symptômes une ou deux fois par an ; les dix premières années, au cou-de-pied, alternativement à droite et à gauche, avec « douleurs à en crier et à ne pas pouvoir dormir ». Il se traitait au salicylate de soude, suivant l'ordonnance d'un médecin. Mais ce remède, dit-il, ne lui a jamais rien fait. Il reprenait ses occupations au bout de quelques jours de repos.

Vers la dixième année, au moment d'un accès, il prit, sur les conseils d'un voisin une spécialité pharmaceutique qu'il appelle « liqueur de Béjean » et deux jours après il marchait.

Il eut dès lors une confiance absolue dans cette spécialité et désormais, quand il avait un accès, il en absorbait un flacon. Cela le purgeait fortement, mais deux jours après il reprenait son travail.

Ces quatre dernières années les crises ne revenaient plus qu'une fois par an beaucoup moins fortes, presque nulles.

« D'ailleurs, dit-il, sitôt que je sentais quelque chose, immédiatement je prenais mon Béjean et c'était fini, sans même me reposer ».

Mais, au mois de janvier 1900, après une course de plusieurs heures, les deux couds du pied enflèrent *simultanément pour la première fois*. Il y avait de la rougeur et un point douloureux sur la face dorsale.

Notre homme se mit au lit et reprit une fiole « de Béjean » qui, dit-il, cette fois ne le soulagea qu'à moitié. Aussi, quinze jours après, entra-t-il à l'Hôtel-Dieu « pour pouvoir consulter un grand médecin qui trouverait peut-être encore quelque chose de meilleur que le Béjean ».

Mais il éprouva une grande déception et, durant ce premier séjour à l'hôpital, il perdit beaucoup de son admiration pour les grands médecins et leur médecine dont, en son langage à lui, il proclame volontiers la faillite. En effet, on ne lui donna comme médicament que du salicylate de soude auquel il avait renoncé depuis longtemps et dont il a horreur.

Quoi qu'il en soit, le gonflement des pieds disparut et les douleurs se calmèrent. Aussi, au commencement de février, après un mois de séjour au lit, de lui-même il essaya de se lever, mais ne put se tenir debout, ce qui ne lui était, dit-il, jamais arrivé. Il en fut très surpris et signala la chose à la visite. On essaya de le faire marcher, mais, dit-il, il n'y eut pas moyen. Non seulement il ne pouvait pas se tenir debout, mais, quand il mettait les pieds par terre, il ne pouvait plus les enlever « comme s'ils étaient tirés d'en bas par un aimant ». Avec cela, il ressentait des « picotements comme des fourmis dans les pieds. »

Après plusieurs tentatives inutiles pour le faire marcher,

on le fit passer de la salle des aigus dans la petite salle des chroniques « où, dit notre malade, on met ceux qui ne peuvent pas guérir ». Il reste là, il semble bien, comme impatient, et en tout cas, se considérant comme tel jusqu'au 10 juin, époque où il fut transporté à Laennec.

Il avait alors un petit abcès au cou pour lequel il fut d'abord soigné.

Puis il fut descendu dans le service de notre maître M. Dupré où nous le trouvâmes en novembre 1900.

Là le malade se déclare paralysé depuis le mois de janvier. M. Dupré l'examine et constate que, dans le lit, le malade exécute parfaitement, avec les membres inférieurs, les mouvements commandés. Aucune incoordination, la force musculaire est conservée et égale dans les deux membres. Ni anesthésie, ni douleurs. M. Dupré ordonne alors au malade de se lever et de marcher. Mais celui-ci répète qu'il ne le peut pas et qu'il va tomber. M. Dupré insistant, le malade est pris de peur et demande qu'on l'aide et qu'on le soutienne. Deux aides le font descendre du lit et le soutiennent. Mais le malade pâlit, il est angoissé, la sueur perle sur son front, il fixe anxieusement les yeux sur ses pieds qu'il ne peut d'ailleurs déplacer, il dit éprouver des douleurs dans les jambes et n'avoir aucune force. Un des aides l'ayant lâché, il penche de ce côté et s'épouvante de plus en plus. Enfin il est remis dans son lit toujours pâle, tout tremblant et claquant des dents.

M. Dupré porte le diagnostic de staso-basophobie survenue chez un homme atteint de débilité mentale à la suite d'abcès rhumatoïdes répétés et après un long séjour au lit.

Notre maître assure au malade qu'il va pouvoir marcher

bientôt, mais que, pour cela, il a besoin pendant quelque temps de fortifiants. Il ordonne en conséquence deux pilules fortifiantes de quinquina, autrement deux pilules de mica panis rendues légèrement amères avec de la poudre de gentiane.

Grâce à ces deux pilules, une un quart d'heure avant chaque repas, notre homme se sent d'abord meilleur appétit et, au bout de trois ou quatre jours, accuse un peu plus de force dans les jambes. On l'entraîne peu à peu, on le fait même marcher à quatre pattes, ce dont il se tire fort bien, et au bout de huit jours il peut, avec son bâton et d'ailleurs avec une extrême circonspection, faire quelques pas. Mais il fut plus d'un mois avant de se décider à aller seul aux cabinets. La chose ayant été divulguée par l'infirmière, le malade fut contraint, malgré ses protestations, de faire ce voyage et il le fit sans accident.

En janvier 1901, notre homme allait et venait dans la salle, appuyé sur son bâton, avec circonspection sans doute, car il fut toujours circonspect, mais sans angoisse et délivré de l'idée qu'il était paralysé.

S'il n'est point absolument sans crainte et s'il ne marche pas mieux, cela tient surtout à sa débilité mentale, à sa couardise, à son isolement, et, sans qu'il y ait aucune simulation de sa part, à ce sentiment qu'il a évidemment que pour lui désormais la lutte pour la vie est impossible, toutes choses qui, subconsciemment, fixent de plus en plus en lui l'idée qu'il ne sera plus jamais bon à rien et qu'il ne pourra plus à mais bien marcher.

Pour lutter contre cette idée et la faire disparaître, il faudrait donner au malade l'assurance d'une vie facile. Le médecin ne peut lui donner cette assurance.

OBSERVATION XII (personnelle).

Walt..., cinquante-neuf ans, mécanicien, est entré à l'hôpital Laënnec, dans le service des chroniques de M. Dupré, le 5 avril 1900.

Son père était nerveux, sa mère aussi, « elle s'agaçait facilement, donnant des coups aux enfants, on ne savait pas pourquoi ». Un frère survivant « a toujours quelque chose à part quand on lui parle et se met facilement en colère ».

Le malade a une fille « très nerveuse, agacée pour un rien ».

Lui-même a toujours été nerveux. Pendant son enfance il était volontaire, bavard, capricieux. Son père disait souvent à son sujet : « Est-il nerveux cet enfant-là ! ».

Les preuves de cette nervosité, d'ailleurs, abondent. Ainsi il eut, la nuit, des cauchemars effrayants jusqu'à l'âge de huit ans. Le jour il avait des phobies. A sept ans, il commença à aller à l'école. L'école, dans un village d'Alsace, se faisait dans un ancien couvent. Là, il y avait une tour sous laquelle s'étendait un couloir un peu sombre qu'il fallait traverser pour aller aux cabinets. Ses petits camarades traversaient facilement ce couloir. Mais lui-même, pendant les premiers temps, avait tellement peur de le franchir qu'il préférait faire dans sa culotte et rentrer ainsi à la maison. Après de nombreuses récidives, il fut guéri de sa peur par les menaces d'un gendarme qui, de concert avec le père, voulut bien se prêter à une scène plus terrible sans doute que le sombre couloir.

Un jour que le maître apprenait la géographie sur une

carte murale, l'enfant baissa la tête sous l'empire du sommeil. Mais une gifle le rappela immédiatement à la leçon, d'une façon d'ailleurs si désagréable et si pénible qu'il dut rentrer à la maison. On le mit au lit où il resta pendant 2 mois, effrayé, criant jour et nuit. Puis il rentra à l'école, mais avec un autre maître. Il apprenait bien, dit-il, et il savait ses leçons, mais, quand il lui fallait réciter la géographie, il était pris de peur, ses idées s'embrouillaient et il ne pouvait plus parler.

Dans ses jeux, c'étaient pareillement des peurs. Il ne pouvait jouer à Colin-Maillard sans vertige et sans angoisse et, quand c'était son tour, il refusait. Il ne pouvait grimper sur les arbres comme ses camarades, et, maintenant encore à soixante ans, il se rappelle avec effroi le jour où se trouvant sur un clocher, pour y dénicher des nids, il fut pris d'un tel vertige et d'une telle angoisse que « je me comptais pour mort », dit-il. Ses camarades eux-mêmes, effrayés de sa pâleur et de son état, eurent toutes les peines à le descendre de là.

A la maison, s'il se trouvait dans l'obscurité, il était tout d'abord pris de peur et de vertige, il perdait l'équilibre et il était obligé de se tenir aux objets environnants. Mais, l'émotion passée, il pouvait continuer à marcher et à monter les escaliers.

Il entra d'abord en apprentissage comme mécanicien. Mais, vers l'âge de quinze ans, eu égard à son instruction, on voulut l'employer aux écritures. Il ne put continuer à cause de sa nervosité. A la moindre émotion, il s'arrêtait tout à coup, se mettait à trembler et ne pouvait plus écrire. Même, lorsqu'il était seul, il était agacé et n'écrivait pas facilement.

« Il ne me fallait, dit-il, aucune contrariété, aucune idée dans la tête, sans cela je ne pouvais plus rien faire ».

C'est pourquoi il reprit la mécanique, donnant « de bons coups », occupé par ses outils, par leur maniement et distrait par là même des idées qui l'envahissaient et le troublaient.

Il semble bien, d'après ce tableau, que le malade était dès lors atteint, en plus de son émotivité, d'une véritable aprosxie lui rendant impossible toute attention en face d'une situation nouvelle et des multiples incidents qui surgissent dans une journée. Son centre supérieur psychique ne peut plus coordonner ni synthétiser tout cela, il ne peut même se rendre maître des idées qui surgissent spontanément dans son esprit pendant ses moments de solitude et de simple inoccupation. De là son trouble. Il ne recouvre le calme que lorsqu'il est occupé par l'activité prépondérante des centres inférieurs automatiques des mouvements appris et habituels de son métier manuel.

Nous allons voir cet état persister, s'accroître même pendant toute la vie du malade avec ses conséquences, suggestibilité, maladie de l'isolement, besoin de direction.

En effet, comme il était bon ouvrier, on songea plusieurs fois à faire de lui un contre-maître. Mais jamais il ne put rester dans cette situation. Il se contrariait pour un rien avec les ouvriers. La besogne n'étant pas assez matérielle pour lui ou manquant quelquefois, cela l'agaçait. S'il était obligé de rester seul, au bureau, il avait « des étourdissements, un brouillard dans les yeux, du mal à la tête, des tremblements et de l'anxiété ». Les choses même en vinrent à un tel point qu'il consulta un médecin, lequel lui conseilla de reprendre son métier d'ouvrier plus actif et pour plus de

sûreté. C'est ce qu'il fit du reste et ces troubles disparurent.

Mais il n'en avait pas moins de l'angoisse et du vertige dans certaines circonstances toujours les mêmes : sur une échelle, en bateau (il était obligé de descendre au fond), sur l'impériale des omnibus, etc. Un jour, il dut travailler un remorqueur, constamment ballotté par le roulis. Il acheva sa journée parce qu'il put « bien travailler et donner de bons coups, mais comme j'étais malheureux, dit-il ». Et le lendemain, avec le consentement de sa femme, il n'alla pas achever sa besogne.

S'il est obligé de traverser un pont, il marche au milieu de la chaussée ou, s'il ne le peut pas, sur le bord du trottoir, pour ne pas voir l'eau qui l'effraye et lui donne du vertige.

Nous signalerons encore dans l'histoire du malade quelques douleurs dans les membres inférieurs, ressemblant à des douleurs fulgurantes, ayant commencé en 1871, revenant parfois à de long intervalles et d'une façon tout à fait irrégulière douleurs qui d'ailleurs ne l'avaient jamais empêché de travailler. Même, dit-il, « quand j'étais bien occupé et que je travaillais dur, ces douleurs disparaissaient ».

En 1896, il eut « comme un durillon » à la face plantaire des deux gros orteils. Il en souffrait beaucoup, mais cela ne l'empêchait pas de travailler. Pourtant le durillon du pied gauche se creusa comme un mal perforant. Il entra alors, en octobre 1899, à l'hôpital Saint-Joseph où on lui fit l'amputation du gros orteil. Il revint chez lui et, quand la cicatrice fut guérie, il voulut reprendre son travail. Mais le matin même du jour où il allait s'y rendre, le 17 novembre

en descendant du lit, il tombe « comme une plume, comme quelque chose de mou » et sans perdre connaissance.

Il est alors transporté à Necker où on constate les symptômes suivants : hémiplegie flasque de tout le côté droit avec aphasie et hémianesthésie droite ; rien dans les urines.

Pendant ce temps son cerveau travaillait énormément. Le malade était surtout vexé et humilié de ne pas pouvoir parler et il se disait qu'il ne pouvait rester ainsi et qu'il devait parler. Effectivement, au bout de trois jours, il recouvrait la parole, au grand étonnement des élèves.

Mais la paralysie des membres supérieurs et inférieurs persistait avec anesthésie et mouvements involontaires tels que le malade était sans cesse obligé d'aller à la recherche de ses membres droits. De plus le bras droit se livrait automatiquement à des mouvements violents et désordonnés quand le malade se remuait ou quand les infirmiers le remuaient. Il lui arrivait ainsi de donner des coups aux autres et de se frapper lui-même violemment au visage. Cela ennuyait énormément le malade et il se mit à surveiller et à retenir son bras, comme on aurait surveillé quelque être capricieux et indocile, avec la ferme volonté de le rappeler et de le maintenir dans l'ordre.

En effet, au bout de peu de temps, il recouvra l'empire et et la libre disposition de son bras en même temps que l'insensibilité disparaissait. Simultanément la sensibilité et le mouvement revinrent au membre inférieur. Aussi, au bout d'un mois, dans le service, le considérait-on comme guéri et, bien que la marche ne fut pas encore parfaite, on voulait le rendre à sa famille, la marche devant revenir peu à peu.

Mais la femme du malade par laquelle il s'était laissé domi-

uer et conduire depuis son mariage, ne décidant et ne faisant rien sans elle, poussa les hauts cris, dit que son mari était paralysé, recourut à l'intervention d'un conseiller municipal et, grâce à cette protection, il fut placé à Laënnec, dans le service des chroniques.

Là, voici ce que nous avons constaté. Il y a de l'hypoesthésie à droite et un léger affaiblissement musculaire, il y a de plus rétrécissement du champ visuel et abolition du réflexe pharyngien. Le réflexe patellaire est très diminué et, à cause de cela même et des douleurs fulgurantes (?) déjà accusées, on avait pensé au tabes. Mais aucun autre signe ne permet de porter un tel diagnostic. On ne peut d'avantage admettre une lésion du faisceau pyramidal, d'abord à cause de la rapidité de la guérison de l'hémiplégie, puis le signe des orteils de Babinski ne permet pas ce diagnostic. Il n'y a pas d'aïl-leurs de contractures. Au lit tous les mouvements sont possibles et avec une coordination parfaite. Mais, si on oblige le malade à se lever et à marcher, il a peur, il a du vertige, il tremble, il pâlit, son pouls s'accélère, son visage se couvre de sueurs, il ne peut marcher un peu que si on le soutient et parfois on est obligé de le recoucher. Parfois au contraire, mais rarement, il se rassure, le vertige disparaît et il peut continuer à marcher mais pourvu qu'on le soutienne ou qu'on fasse le simulacre de le soutenir.

Tout indique donc une hémiplégie hystérique ancienne et actuellement une staso-basophobie consécutive.

A certains moments le malade lui-même se rend fort bien compte de son cas et voici ce qu'il nous disait ; « Pour moi, ce qui m'empêche de marcher c'est le vertige, c'est la peur. Seulement s'il y a quelqu'un qui fait semblant de me tenir,

seulement le voir à côté de moi, seulement l'idée qu'il me tient et je m'en vais. D'après mon calcul, je marcherai dans un mois d'ici ».

Malheureusement le malade est en même temps neurasthénique, aboulisque. Sans cesse il accuse des maux de tête, des brouillards devant les yeux, une topoalgie quelconque. Nous n'avons pu obtenir qu'il fixe un peu son attention par la lecture. Il passe ses journées à rêvasser, à laisser se dérouler automatiquement dans son esprit certains incidents plus frappants de sa vie, toujours les mêmes. Il est dirigé et dominé par les suggestions de sa femme qui ne comprend pas ou refuse de comprendre son état. Il traîne donc ainsi, en réalité abandonné de sa famille, au milieu de l'indifférence de vieillards égoïstes, lui qui aurait besoin, plus encore que dans le passé, d'être encouragé, soutenu et dirigé. Etant donné son âge, il est peu probable qu'il guérisse, faute d'un milieu moral favorable.

OBSERVATION XIII

(Personnelle, en collaboration avec mes amis Manet et Toulzac, externes des hôpitaux).

La nommée X..., 52 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, au mois d'octobre 1899, dans le service de M. le Professeur agrégé Dupré.

La malade n'a point d'antécédents héréditaires, mais elle a un passé personnel très chargé.

Sa première enfance s'est bien passée, mais elle eut une fièvre typhoïde grave à 10 ans. Elle se remit et, en somme, eut une bonne santé jusqu'à 42 ans.

A cet âge, en 1889, elle eut une grippe grave, au moment de la fameuse épidémie d'influenza. Elle dut abréger la période de convalescence de sa maladie pour ne pas perdre sa place de caissière. Elle fut prise dès lors de troubles nerveux tels que : obsessions, énervements, accès de larmes, crises fréquentes d'étouffement, essoufflement pour la plus petite marche, impossibilité de calculer. Un médecin, ancien interne, consulté, porta le diagnostic de neurasthénie.

La ménopause, survenue sur ces entrefaites, en 1893, à l'âge de 46 ans, augmenta encore ces troubles qui ne disparurent jamais.

En 1898, elle eut la diphtérie pour laquelle elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu. Elle en sortit guérie et elle alla en convalescence au Vésinet, mais sous le coup de complications prochaines possibles, lui dit-on dans le service.

Au Vésinet elle fut prise de douleurs articulaires généralisées, sans gonflement. Alors aussi apparut un urticaire rebelle et tenace qui semble pouvoir être attribué à l'action du sérum antidiphtérique.

Elle revint donc à l'Hôtel-Dieu et entra dans le service de M. Dupré.

Là, on est en présence du tableau morbide suivant :

Facies pâle et amaigri. La malade nous offre quatre sortes de troubles :

1° Des troubles neurasthéniques : céphalée en casque, variable, essai d'interprétation des troubles qu'elle ressent, inaptitude au travail intellectuel, insomnie, asthénie neuromusculaire.

2° Tic laryngé expirateur, comme si elle voulait expulser

un corps étranger, une mucosité, mais sans aucune raison anatomique.

Elle avait présenté auparavant un tic de la dég'utition ou laryngo-pharyngien, analogue au tic laryngé.

3° Le syndrome, mais fruste, de Basedow. En effet, la malade a un regard fixe avec tendance à l'exophtalmie. De plus elle a du tremblement généralisé, de la tachycardie, le pouls petit, rapide et enfin une légère tuméfaction du corps thyroïde, variable du reste.

4° Des phobies. Ce sont des terreurs variables mais tenaces. La malade a peur d'être plus malade qu'elle n'est réellement. peur de mourir, peur d'étouffer.

Mais la phobie la plus frappante chez notre malade, celle sur laquelle nous voulons insister, c'est la phobie de la marche. En effet, quand on l'interroge sur l'état de ses membres inférieurs, elle répond qu'ils lui sont parfaitement inutiles et qu'elle ne peut s'en servir. En insistant, on obtient un essai de marche, mais la malade est prise d'angoisse, elle va tomber, ses ambes se dérobent, dit-elle. Elle part titubant un peu, élargissant sa base de sustentation, avec un peu d'ataxie, se raccrochant aux objets environnants ou esquissant des gestes de raccroc. Finalement elle fait quelques pas sans accident, puis retombe dans son fauteuil mi-angoissée, mi-satisfaite, comme si elle venait de faire une chose impossible et de courir un grand danger.

Cette malade sait marcher. Dans le lit et dans son fauteuil elle exécute, avec les membres inférieurs, parfaitement et sans incoordination tous les mouvements commandés. La force musculaire est intacte sauf un peu d'asthénie, la conscience musculaire est conservée, les réflexes sont normaux

et elle n'a pas de contractures. Son trouble de la marche n'est qu'une basophobie chez une femme qui a d'ailleurs d'autres phobies.

Elle en a du reste donné elle-même, un jour, une preuve éclatante, dans une circonstance où elle vint à oublier toutes ses craintes. Elle devait être radiographiée. Cet examen, promis depuis quelque temps, enchantait la malade. Aussi, dès qu'on la demanda, elle se rendit toute seule et sans difficulté à la salle spéciale de l'électricien, faisant ainsi la démonstration de l'excellence de sa motricité inférieure.

OBSERVATION XIV (personnelle)

N..., chauffeur-mécanicien, 40 ans, est entré à l'hôpital Laënnec, le 28 avril 1900, dans le service des chroniques de M. Dupré.

On ne peut rien savoir sur les antécédents héréditaires.

Lui-même est névropathe, émotif et très fier.

Il a eu un rhumatisme articulaire aigu à 22 ans et un chancre induré à 23 ans, au régiment. Il eut la roséole et des plaques muqueuses aux lèvres. On le soumit au traitement mixte, liqueur de van Swieten et iodure de potassium. Il y a également de l'éthylisme mais pas de tobagisme. Pas d'excès génitaux.

Mais il y un surmenage professionnel évident. Debout toute la journée auprès de sa machine, il était de plus exposé aux alternatives de chaud et de froid. En dernier lieu il travaillait dans les sous-sols et dans un courant d'air.

En 1898, il éprouve les premiers symptômes de la maladie pour laquelle il est à l'hôpital, le tabes. Ce fut d'abord

une diplopie persistante et qui dure encore. D'autres symptômes apparurent ensuite et, aujourd'hui, le malade est un tabétique avéré, au début de la période d'incoordination.

Son tabes est à la fois cervical et lombaire. C'est dire que son incoordination porte sur les membres supérieurs et les membres inférieurs, avec prédominance sur les membres supérieurs. Du reste le malade a pareillement de l'ataxie des cordes vocales et des spasmes laryngiens. Il a de plus, notamment aux membres, une diminution marquée de la sensibilité au tact et une stéréo-agnosie presque complète.

Aux membres inférieurs la force musculaire est bonne. Bien que, par prudence, il s'aide de la vue en marchant, il sent cependant assez bien le sol, mais la kinesthésie est très diminuée et il est manifestement ataxique.

Malgré cela, le malade marche assez bien. Il va et vient dans la salle au milieu des objets auxquels il est habitué et sans accidents, sauf quelques dérobements assez rares du reste.

Mais s'il sort dans les couloirs et dans les jardins, s'il rencontre quelqu'un, surtout des personnes qu'il ne connaît pas, il s'arrête, les jambes raidies, angoissé, dans l'impossibilité de marcher. En ville, c'est bien pire encore. S'il s'agit de traverser une rue, la vue d'une voiture venant à sa rencontre l'effraie, l'arrête net et il ne peut traverser qu'avec l'aide d'un passant. Aussi a-t-il renoncé tout à fait à sortir, parce qu'il ne peut dominer sa peur, dont il se rend parfaitement compte.

Nous avons évidemment affaire ici à une basophobie par accès, superposée à un tabès, mais disproportionnée au tabès

et ne survenant que dans certaines inconstances données qui n'ont rien à voir avec le tabès.

Notons que ce malheureux, par le fait de ses lésions cervicales, est privé de l'usage de ce tuteur physique et moral qui rend tant de services à d'autres basophobes ou agoraphobes, à savoir la canne ou le bâton. Un bâton, dans les mains stéréo-agnostiques et incoordonnées du malade c'est un troisième membre inférieur surajouté, venant non pas renforcer les deux autres, mais au contraire les troubler par une inordination plus grande encore que la leur. Aussi le malade qui avait d'abord essayé de marcher avec un bâton, y a-t-il spontanément renoncé.

Autre particularité intéressante. Le malade est quelquefois obligé de se lever la nuit pour aller aux cabinets, dans la demi-obscurité de la salle. Il éprouve alors une certaine appréhension, autrefois même c'était la crainte angoissante de tomber et il lui arrivait de s'affaïsser ou de s'arrêter.

Pour éviter ces accidents, il use maintenant d'un artifice. Connaissant bien le chemin et la distance à parcourir, « je m'élançai vite, dit-il, sans m'arrêter ni penser à rien. Car si je m'arrêtais ou pensais, j'aurais peur et je perdrais l'équilibre ».

Nous avons donc, dans ce malade, une preuve évidente de l'influence de l'idée phobique sur la marche.

Par l'artifice auquel il recourt, il rappelle ces autruches que l'empereur Commode faisait décapiter dans le cirque pendant qu'elles couraient. Privés de tête, ces animaux continuaient à courir pendant quelque temps, grâce aux centres automatiques spinaux primitivement ébranlés par la volonté. Sentant que sa pauvre tête, au lieu d'être un élément de

renforcement, est au contraire un élément perturbateur pour sa marche, notre malade, après avoir donné l'ordre du départ supprime pour un instant sa tête perturbatrice et, pendant ce temps, les centres inférieurs peuvent automatiquement fournir la course nécessaire.

OBSERVATION XV (Personnelle).

Le nommé Bon..., cinquante-quatre ans, comptable, entre à l'hôpital Laënnec au mois de décembre 1900, dans le service des chroniques de M. Dupré.

On n'a rien pu relever du côté du père. La mère est morte à vingt-sept ans de fièvre cérébrale (?)

Le malade a un frère de 42 ans, lequel n'a marché qu'à quatre ans et interné comme idiot dans une maison de santé

Lui-même a un passé personnel très chargé. Il eut la rougeole à huit ans. Soldat pendant sept ans en Algérie, il y contracta le paludisme et eut deux fois la blennorrhagie. On a soigneusement recherché la syphilis, sans pouvoir la mettre en évidence. « Mais, dit-il, là-bas, en Afrique, nous avions des femmes à discrétion », et il reconnaît en avoir « largement usé et même abusé ». Le malade avoue également avoir fait pendant très longtemps des excès d'absinthe, de vin et d'alcool. En Algérie on buvait régulièrement un cinquième d'eau-de-vie le matin au lever, puis un litre d'absinthe pour quatre, avant le déjeuner, rhum ou kirsch dans le café, un autre litre d'absinthe à quatre l'après-midi, plus un litre de vin par jour.

Il fit également des excès de tabac.

En 1887, il alla à Panama comme employé dans les bureaux de la Compagnie du Canal intérocéanique. Il séjourna surtout à Emperador, dans la Colombie, en pleine terre, à quinze lieues de la mer, sous un ciel torride. Il y contracta la fièvre jaune. Il resta trois semaines alité, puis reprit son travail. A partir de ce moment il cessa de boire de l'absinthe qu'il remplaça par du thé au rhum et des vins d'Espagne. Après vingt mois de séjour il revint en France, fin 1888, très abattu physiquement et moralement. Il toucha intégralement son traitement d'employé, mais il avait perdu dans le krach de la Compagnie le fruit de ses économies.

C'est dans ces conditions que l'année suivante, en 1889, il ressentit les premières atteintes du tabes. La maladie débuta par de la diplopie et du strabisme interne de l'œil gauche.

La maladie évoluant, il fit différents séjours hospitaliers d'abord à l'hôpital Broussais, puis dans un hôpital de Genève, puis à l'Hôtel-Dieu. Actuellement il vient d'être placé par l'Administration de l'Assistance publique dans le service des chroniques à Laënnec, comme tabétique.

C'est en effet un tabétique avéré, au début de la période ataxique. Il marche assez bien, talonne un peu et lance très légèrement les jambes. Il dit sentir le sol bien mieux qu'au début de sa maladie. La force musculaire est bien conservée.

A l'hôpital, le malade marche ainsi comme un ataxique au début, en somme sans difficulté et sans crainte. Dehors il marche également bien, s'il se trouve sur le trottoir. Mais s'il s'agit de traverser une rue, le plus souvent il ne le peut pas. « Je me trouve, par exemple, dit-il, dans une rue encombrée de voitures, j'hésite, je reste sur place et je ne peux

plus avancer ni reculer. Mes jambes se raidissent, se contractent... C'est une espèce de vertige, une peur... Alors je fais signe au cocher d'arrêter ou j'ai recours à un passant, et rien qu'en tenant légèrement quelqu'un, je traverse, du moment que je me sens un point d'appui. » — Mais qu'est-ce qui vous empêche ainsi de marcher. ? — « Eh bien, je ne sais pas, moi, j'ai peur, j'ai l'idée que je vais tomber, que je ne vais pas pouvoir marcher, je ne peux surmonter cette peur ».

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Ch..., 52 ans, comptable, est entré à Laennec, dans le service des chroniques, en janvier 1901. Il s'agit d'un tabétique, comme le précédent malade au début de la période d'incoordination. Il est basophobe dans les mêmes conditions et il analyse son cas avec la même netteté.

CONCLUSIONS

I. — La staso-basophobie est une paralysie fonctionnelle *systématique* des fonctions de la marche et de la station debout, accompagnée de l'idée émotive de l'impossibilité de cette double fonction.

II. — Ce syndrome n'a été bien connu qu'à partir de 1890 par différenciation d'avec l'astasia abasie et d'après les observations de Binswanger, Bouveret et Séglas. Les travaux ultérieurs sur ce sujet contribuèrent à accentuer la symptomatologie du syndrome, puis à en établir les formes, variétés et types en même temps que sa nature et sa pathogénie psychique.

III. — Il faut distinguer deux formes de staso-basophobie : la forme *simple* sans lésions organiques de l'appareil locomoteur et la forme *associée* à une lésion de cet appareil, ces deux formes comprenant chacune deux variétés, la variété *continue* et la variété *par accès*. Quant au type de la démarche, il se présente sous l'un des aspects suivants : *paralytique* (paralysie complète ou parésie), *spasmodique* ou *ataxique*. Il est quelquefois *mixte* ou *complexe*.

IV. — Le syndrome comprend deux ordres de symptômes : *physiques* et *psychiques*.

Les symptômes *physiques* consistent, dans les cas simples, en une impossibilité plus ou moins grande de la marche et de la station debout contrastant avec l'intégrité sensitivo-motrice de l'appareil locomoteur. Dans les cas associés, on constate une disproportion manifeste entre l'état des lésions et l'impossibilité de la marche et de la station, accusée par le malade. Cette disproportion s'exagère dans la variété par accès, où le paroxysme résulte de la superposition de l'état phobique intermittent à l'état organique permanent.

Les symptômes *psychiques* consistent : d'abord, dans l'idée fixe et obsédante de l'impotence des membres inférieurs, cette idée étant toujours accompagnée de peur et d'angoisse ; ensuite, dans le retentissement, dans le domaine psychique et organique, de cette angoisse (état mental de l'anxiété, sentiment de défaillance) et phénoménologie physique concomitante : alternative de pâleur et de rougeur, tremblements, sueurs, accélération du pouls et de la respiration, etc.

V. — Le début paraît quelquefois brusque. Mais il est le plus souvent lent et progressif. Il s'annonce quelquefois par des accès de forme agoraphobique, survenant dans des espaces de plus en plus rétrécis, pour aboutir à une basophobie complète et continue. La guérison se fait de même d'une façon lente et progressive, entrecoupée des mêmes accès de forme agoraphobique, mais ne survenant plus que dans des espaces de plus en plus grands.

Dans la plupart des observations que nous rapportons

la marche et la durée ont été longues. Mais si le syndrome a pu, dans certains cas, se prolonger plusieurs années, c'est que la véritable nature en avait été méconnue et le traitement négligé. Souvent d'ailleurs les observations sont incomplètes ou inachevées.

VI. — L'étiologie de la staso-basophobie reconnaît deux grands chefs : d'abord, la *prédisposition* héréditaire ou acquise du terrain psychique ; ensuite la *cause occasionnelle* qui réalise chez le sujet prédisposé le syndrome staso-basophobique. La *prédisposition* relève d'un état dégénératif sur lequel, en vertu de la déséquilibration de l'émotivité, peuvent se développer toutes les variétés des obsessions et des phobies ; le plus souvent on observe, sur les mêmes malades, et relevant de la même origine dégénérative, l'hystérie, la neurasthénie, des associations et des successions épisodiques de phobies et d'obsessions, la débilité mentale, etc. Il faut aussi tenir compte des conditions adjuvantes de l'âge relativement avancé, du milieu social et familial des malades. La *cause occasionnelle* est représentée par une affection ou un accident qui, intéressant l'appareil locomoteur, désigne celui-ci à l'attention plus ou moins consciente du sujet prédisposé, organise le syndrome et spécifie, dans sa nature et son siège, la phobie de la marche et la station.

VII. — La pathogénie de la staso-basophobie, trouble fonctionnel de nature psychique, ne doit pas être cherchée dans un état morbide du système nerveux périphérique ou central inférieur : elle doit relever d'une perturbation fonctionnelle des centres psychiques supérieurs. Elle ne reconnaît pas le même mécanisme que l'astisie-abasie heys

térique ; celle-ci étant une amnésie systématisée des mouvements de la marche consécutive au rétrécissement du champ de la conscience et ne s'accompagnant d'aucun trouble émotif. Elle reconnaît, au contraire, le mécanisme psychologique des phobies, en général, à la famille naturelle desquelles elle appartient. La staso-basophobie est une simple variété appliquée à la marche et à la station, de ces troubles psychiques complexes, à base émotive constante et fondamentale, à contenu intellectuel variable et accessoire, qui caractérisent cliniquement la mentalité des dégénérés ; et dont le mécanisme relève d'un état anormal de l'émotivité, qui est, chez ces sujets, continuellement exagérée et instable dans son équilibre. L'implantation et la culture de l'idée fixe résultent de l'irruption et du séjour dans la conscience, à la faveur de la cause occasionnelle, d'une conviction, relative à l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs. Cette conviction est formée de deux éléments : l'un intellectuel, qui est l'idée ; et l'autre, affectif qui est l'émotion, et qui, dans l'espèce, prend une importance considérable, pathologique. Cette idée émotive est la source de phénomènes d'arrêt, d'inhibition, qui paralysent les centres fonctionnels et, lorsqu'ils s'étendent aux centres psychiques supérieurs, peuvent déchaîner tout le syndrome de l'anxiété et de l'angoisse. Quelles sont alors les relations pathologiques qui s'établissent entre les centres psychiques supérieurs et les centres automatiques de la station et de la marche, que est le substratum anatomo-physiologique de ce trouble psychologique, nous posons, sans le résoudre, ce problème

que soulève la pathogénie de tous les syndromes analogues.

VIII. — Le diagnostic doit être fait avec un assez grand nombre de troubles de la marche se rapprochant des formes, variétés et types de basophobie que nous avons signalés.

C'est ainsi que la basophobie simple continue paralytique devra être distinguée avec la paraplégie, l'astasié-abasie continue paralytique (abasie fonctionnelle primitive de Charcot et abasie amnésique de Ségla et Sollier), l'akinesia algera de Möbius et l'asthénie neuro-musculaire de Bouveret.

La variété par accès devra être distinguée avec l'astasié-abasie par accès, l'agoraphobie, la dysbasie aboulque, ces différents syndromes étant d'ailleurs proches parents de la basophobie, la crampe des marcheurs, la claudication intermittente, la meralgie paresthésique et la maladie de Thomsen.

Le type spasmodique ne sera pas confondu avec les diverses variétés de paraplégie spasmodique, la maladie de Friedreich, etc.

Enfin le type ataxique sera diagnostiqué également avec le tabes, l'ataxie cérébelleuse et l'ataxie hystérique.

IX. — Dans la basophobie associée à une lésion organique de l'appareil locomoteur, il importera, pour le pronostic et le traitement, de bien faire le départ de la lésion organique et de la phobie surperposée. On le fera surtout par le contraste et la disproportion entre la phobie et l'état des lésions. Mais le départ se fera en quelque sorte de lui-même, non seulement dans l'esprit du médecin

mais souvent aussi dans l'esprit du malade, dans les cas de basophobie par accès.

X. — La *simulation* sera dépistée par l'absence des symptômes concomitants difficilement simulables et qui ne manquent jamais dans les vrais cas de basophobie, et notamment par la non accélération du pouls.

XI. — Le pronostic n'est pas grave *quoad vitam*, réserve faite pour les hypostases possibles chez les vieillards incapables de s'asseoir. Mais le malade, sauf dans quelques cas à forme agoraphobique modérée, est incapable de remplir ses fonctions et devient une charge pour sa famille ou la société. Quant à la durée, elle ne nous paraît pas devoir être nécessairement longue, lorsqu'on saura bien faire le diagnostic dès le début et instituer un traitement convenable. Pourtant, dans certains cas de neurasthénie avec idées obsédantes tenaces, le pronostic sera celui-là même des idées obsédantes (Séglas). Le pronostic n'est guère plus favorable dans la forme associée à une lésion organique telle que le tabes; mais, en pareil cas, il devient accessoire.

XII. — Le traitement doit remplir deux indications viser d'abord l'état général (neurasthénie, hystérie, etc.), puis spécialement la phobie.

Le traitement spécial de la phobie doit être à la fois physique et psychique.

Physiquement il consistera surtout dans la rééducation des mouvements de Frœnkel. On pourra y ajouter l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage, la suspension et des préparations pharmaceutiques à base de guaranine, de brucine et de strychnine.

Le traitement psychique consistera en suggestions répétées surtout à l'état de veille, mais aussi, s'il est nécessaire, à l'état hypnotique. Mais, par dessus tout, il faudra, par tous les moyens possibles, distraire le malade de ses idées obsédantes, afin de favoriser l'exécution automatique des mouvements de la marche. Il sera quelquefois indispensable de l'isoler, afin de le soustraire aux mauvaises suggestions d'un entourage inintelligent. Enfin, il faudra, autant que possible, le libérer de tout souc moral ou matériel.

Vu : Le Président de la Thèse
JOUFFROY

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — Historique.	7
CHAPITRE II. — Symptomatologie.	21
CHAPITRE III. — Etiologie	33
CHAPITRE IV. — Nature et Pathogénie.	39
CHAPITRE V. — Diagnostic.	63
CHAPITRE VI. — Pronostic.	99
CHAPITRE VII. — Traitement.	103
OBSERVATIONS.	115
CONCLUSIONS.	157

